

MÉMOIRES ORIGINAUX.

I

L'ACIDE LACTIQUE COMME MOYEN CURATIF DES  
ULCÉRATIONS TUBERCULEUSES DU LARYNX.

Par le Dr **Theodor HERING**, de Varsovie.

Lu à la Société française d'otologie et de laryngologie  
(Session d'avril 1886).

Fort de mon expérience sur la possibilité de la guérison des ulcérations tuberculeuses du larynx (1), c'est avec un vif intérêt que j'ai lu le travail du Dr Krauze (2), sur le traitement de ces ulcérations au moyen de l'acide lactique. Immédiatement je me suis empressé d'employer ce remède dans mon service de l'hôpital Saint-Roch, à Varsovie, et dans ma clientèle particulière, et ayant constaté des résultats très satisfaisants, je me permets de les communiquer à mes honorables confrères.

Bien que les observations de Krauze aient été confirmées par Rosenberg, Gottstein et Jelinnek (clinique du prof. Schrötter à Vienne), plusieurs médecins à Berlin se sont élevés contre son emploi. Les nouveaux remèdes sont comme toutes ces choses nouvelles auxquelles on ne saurait, de prime abord, accorder toute confiance.

Ce septicisme s'applique surtout aux remèdes recommandés contre les maladies réputées incurables. Il est souvent justifié; aussi nous ne donnons ici que le résultat de recherches qui se basent sur notre expérience personnelle, et sur des observations faites sans idées préconçues.

Les recherches de Mosetig-Morhof sur l'action de l'acide lactique dans la carie fongueuse, de même que dans le lupus vulgaris ont démontré à cet auteur un fait de grande importance: à savoir que cet acide détruit radicalement les tissus altérés, mais n'agit que faiblement ou pas du tout, sur les

(1) *Union*, novembre 1886.

(2) *Berlin-klin. Wochenschr.*, 1885.

tissus à l'état normal parce que l'énergie biologique des tissus sains s'oppose énergiquement à l'action chimique du remède en question.

L'analogie existant entre le lupus et la tuberculose a engagé Krauze à instituer une série d'expériences faites sur quatorze malades, dont il résume les observations ainsi qu'il suit :

Chez tous ces malades, il a trouvé les bacilles de Koch dans les crachats ; chez tous, des altérations évidentes dans les poumons.

Krauze commence le badigeonnage par une solution d'acide lactique au 10 0/0, passant rapidement à des solutions plus fortes, jusqu'à l'emploi de l'acide lactique pur.

Les premiers badigeonnages étaient douloureux, provoquaient parfois chez les malades un spasme du larynx, une cuisson assez forte, une douleur persistante parfois pendant quelques heures.

Ces phénomènes cessaient au fur et à mesure que le malade s'habitue au médicament et ne se représentaient plus, même lors de l'emploi des solutions concentrées, ou de l'acide pur, circonstance sur laquelle Krauze insiste d'une façon toute spéciale.

Encore faut-il ajouter que l'emploi préventif de la cocaïne réduit ces symptômes au minimum.

Le premier effet de l'application de l'acide lactique sur la muqueuse boursoufflée du larynx est la pâleur de cette membrane.

Une solution de 80 0/0 produira une eschare blanchâtre, très adhérente à l'ulcération. Simultanément l'infiltration tuberculeuse et le boursoufflement diminuent et après la chute de l'eschare le fond de l'ulcération commence à bourgeonner tandis que d'autre part les végétations tuberculeuses disparaissent. La douleur à la déglutition diminue sensiblement, l'état général et la voix du malade s'améliorent. La guérison a lieu par la formation d'une cicatrice inégale, concave, présentant de nombreuses sinuosités.

Quand l'eschare tardait à se former, l'acide lactique était administré en frictions quotidiennes ; dans le cas contraire,

Krauze attendait, pour continuer les badigeonnages, la chute de l'eschare et l'apparition des granulations au fond de l'ulcère. Là où les infiltrations étaient plus résistantes, mais ne présentaient pas encore d'ulcérations, Krauze facilitait la pénétration du médicament dans les parties profondes, en pratiquant d'abord des incisions et en badigeonnant ensuite.

A la suite de toutes ses observations, cet auteur considère l'acide lactique comme pouvant arrêter le développement des ulcérations du larynx, hâtant leur cicatrisation et la résorption des infiltrations tuberculeuses.

Au mois d'octobre 1885, à la Société médicale de Berlin, Krauze a complété ses communications antérieures sur l'efficacité de l'acide lactique, en présentant des préparations d'un larynx tuberculeux sur lequel l'autopsie avait permis de constater des cicatrices à la surface intérieure de l'épiglotte, ainsi qu'à la partie antérieure des fausses cordes vocales, en lieu et place des anciennes ulcérations.

En outre, il présenta deux malades qui avaient des ulcérations tuberculeuses cicatrisées et finalement formula les conclusions suivantes :

« Le pronostic est surtout favorable chez les malades dont la partie postérieure du larynx est indemne de toute ulcération, et dont l'état général n'est pas très sensiblement altéré. Cependant, et même dans les cas désespérés, l'acide lactique peut encore modifier l'ulcération et activer la cicatrisation. »

Virchow, à qui la préparation avait été montrée, a déclaré qu'en présence de la cicatrisation très manifeste, il se prononçait pour la possibilité de la guérison des ulcérations tuberculeuses du larynx.

Si, effectivement, l'existence de la tuberculose primitive du larynx est un jour confirmée, ce qui jusqu'à présent n'est prouvé que par un nombre trop restreint d'observations, nous pouvons espérer une guérison radicale.

On ne saurait oublier que le larynx est souvent affecté depuis longtemps, avant l'apparition de la moindre altération dans les poumons, et que, fréquemment, l'affection du larynx est prédominante.

Un mois après la clôture de ces débats à Berlin, Jelinek

a soulevé la même question à Vienne, en communiquant le résultat obtenu avec l'acide lactique dans la clinique du professeur Schrötter.

Jelinnék partage entièrement l'avis de Krauze quant à l'efficacité de sa méthode.

Bien qu'il se soit convaincu que l'acide lactique irrite même la muqueuse saine, mais ne provoque pas d'eschare, tandis que par son action les tissus pathologiques se couvrent de bourgeons charnus, cette action, cependant, ne s'effectue que graduellement, à mesure que le médicament est lentement absorbé. Aussi le badigeonnage ne donne-t-il que rarement lieu à un gonflement.

L'acide lactique agit aussi d'une façon efficace sur les tissus hypertrophiés et hyperplasiés, et détruit les bacilles de Koch, comme l'ont prouvé les expériences de Sormani et Brugnattelli, faites par eux sur des animaux auxquels ils avaient inoculé de la tuberculose.

A l'appui de l'efficacité de ce moyen, Jelinnék rapporte une observation importante de dégénération tuberculeuse du larynx, qui avait provoqué la sténose et nécessité la trachéotomie.

Après vingt jours de traitement local par l'acide lactique, le gonflement diminua, les ulcérations commencèrent à se cicatriser, au point que le malade pouvait se passer de la canule trachéale qui fut retirée.

Jelinnék termina sa communication par les paroles suivantes :

L'acide lactique n'est nullement un spécifique antituberculeux ; il peut également être efficace dans d'autres maladies. Il empêche le développement de l'affection tuberculeuse, diminue ou supprime la dysphagie, le gonflement, et les accès de suffocation ; il peut donc, en cas de rétrécissement de cause tuberculeuse, prévenir la nécessité de la trachéotomie et faciliter l'enlèvement de la canule après l'opération.

Dans les cas récents, quand la maladie est limitée, la guérison complète devient possible par son emploi, bien qu'on ne puisse garantir qu'elle soit durable.

Après cette introduction, un peu trop longue peut-être, où j'ai essayé de vous présenter l'état actuel de la question, j'apporte mes propres observations recueillies pendant six mois, et que j'ai l'honneur de vous soumettre (Voir *Tableaux* p. 254).

Du nombre des 32 malades auxquels j'ai appliqué l'acide lactique contre les ulcérations tuberculeuses du larynx, j'en exclus 12, que j'ai observés trop peu de temps pour pouvoir affirmer un résultat définitif.

Il me reste donc un contingent total de vingt observations dont :

1 femme et 19 hommes.

Sur ces vingt sujets, l'existence des bacilles a été prouvée par l'analyse des crachats chez neuf d'entre eux (nos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11).

Chez le malade n° 15, l'existence des bacilles a été constatée dans une amygdale enlevée durant la vie, et des tubercules typiques ont été trouvés dans la luette.

Mes observations sont groupées et numérotées suivant le résultat du traitement, et peuvent être rangées de la manière suivante :

Cicatrisations complètes des ulcérations du larynx, amélioration notable de l'état général et des poumons, 2 fois (nos 1, 2.)

Cicatrisation des ulcères sans amélioration de l'état général, 2 fois (nos 4, 6.)

Cicatrisation presque complète des ulcères, amélioration de l'état général et des poumons, 2 fois (nos 3, 5.)

Cicatrisation partielle des ulcères, mais récidive avec aggravation causée par le développement de la tuberculose pulmonaire et par la fièvre, 2 fois (nos 7, 8.)

Amélioration de l'aspect des ulcérations, 3 fois (nos 10 et 11.)

Amélioration de la déglutition, 3 fois (nos 12, 13, 14.)

Pas d'amélioration, 4 fois (nos 15, 16, 17, 18.)

Mort, 2 fois (nos 19, 20.)

Sur un nombre total de vingt observations, nous pouvons donc admettre :

4 guérisons complètes ;

TABLEAU des observations d'ulcérations tuberculeuses

NUMÉROS.	NOM et PROFESSION.	AGE.	DATE de la maladie et ANAMNESE.	HÉRÉDITÉ.	HÉMOPTYSIE antérieure.	ÉTAT GÉNÉRAL et FONCTIONS.	ÉTAT des POUMONS.
1	H. marchand.	38	Il y a deux ans, elle débute par un abcès à droite du larynx (1884), suivi d'une cordite tuberculeuse et d'une ulcération de l'épiglotte.	Fille morte phthisique.	Oui.	D'une bonne constitution, longtemps pas de fièvre, malgré la corde tuberculeuse et l'ulcération de l'épiglotte. Tousse peu. Voix rauque.	Infiltration tuberculeuse des deux poumons, avec prédominance dans le poumon gauche en arrière et au sommet droit.
2	K officier.	28	Enrôlé depuis deux mois, toussé, maigrit et perd ses forces.	Frère malade de phthisie laryngée.	Il y a deux ans.	Assez bonne constitution, pas de fièvre, voix rauque; légère difficulté dans la déglutition; peu d'appétit.	Condensation légère du poumon gauche; râles crépitants. Sous l'épaule droite, respiration indéfinie. Thorax paralyse. Tousse et crache peu.
3	D. Bronislas, propriétaire.	29	Depuis un an, enrôlé, dysphagie, toux, dépérissement.	Mère morte phthisique.	A craché le sang.	Assez bon. Pas de fièvre; état des forces médiocre; bon appétit; voix relativement sonore, crache peu.	Condensation du sommet gauche; à droite, bronchite suspecte; état du thorax satisfaisant.
4	R. François, serurier.	33	Dysphagie depuis cinq mois, enrôlement, toux, épuisement.	Observation recueillie à l'hôpital.	En mai 1883.	Aspect assez satisfaisant. Constitution moyenne, bon appétit. Difficulté d'avaler des aliments solides, enrôlement; pas de fièvre.	Condensation du sommet droit, râles crépitants. Bronchite diffuse. Pas d'expectoration.
5	G. Daniel, boucher.	25	Depuis neuf mois, toux, enrôlement et dysphagie.	Sœur morte phthisique.	Il y a deux ans; toussé depuis.	Bien nourri; tissu adipeux considérable; thorax bien développé; bon appétit; dysphagie; aphonie complète. Sucres matinales, pas de fièvre.	Infiltration peu considérable du sommet droit; respiration indétectable; râles peu nombreux.
6	Ignace D. propriétaire.	37	Tousse depuis quatre ans; attaques de dyspnée.	Deux frères morts phthisiques.	N'a jamais craché le sang.	Très mal nourri, maigre. En mai 1884, difficulté d'avaler, et toux en mangeant. Voix claire, bonne digestion.	Pneumonie fibreuse des deux poumons, avec diminution considérable de leurs capacités respiratoires. Emphysème. En 1885, formation d'une cavité au sommet gauche.

du larynx, traitées avec succès par l'acide lactique (1885-1886).

ANALYSE des CRACHATS.	ÉTAT du LARYNX.	TRAITEMENT.	RÉSULTAT.	OBSERVATIONS.
Bacilles en petite quantité en 1885, disparus depuis.	En octobre 1885, après un voyage à Gleichenberg, accroissement des ulcérations de l'épiglotte avec dysphagie, fièvre, extinction de voix. La paroi postérieure est saine.	En 1884, cicatrisation du côté droit après la cautérisation par l'acide chromique. En 1885, badigeonnage avec la cocaïne et l'acide lactique.	Guérison complète. En examinant, en février 1886, j'ai trouvé la voix assez forte; les exulcérations de l'épiglotte et sur la corde gauche complètement cicatrisées. — Pas d'infiltration du larynx, amélioration notable de l'état général et des poumons.	Saison à Méran, en 1885, retour avec amélioration. Examiné plusieurs fois par le professeur Baranowski.
Le Dr Przewski a trouvé des bacilles.	Dans la partie inférieure aryénoïdienne, des petites élevations pertiniformes. A la surface supérieure des deux cordes vraies, au tiers antérieur, deux ulcères grisâtres superficiels.	Cicatrisation de 2 ulcérations après 8 badigeonnages à la cocaïne et à l'acide lactique. Arsenic. Lait.	Disparition presque totale de l'infiltration de la partie aryénoïdienne; les cordes vocales roses. Amélioration notable des poumons et de la voix. Meilleur aspect.	Le Dr Dobrzycki a vu ce malade le 15 avril 1886.
Bacilles. Dr Przewski.	L'épiglotte à droite exulcérée, en partie détruite, épaissie, recourbée; cordite tuberculeuse. Ulcère profond de la fente de la glotte.	Plus de 30 badigeonnages à l'acide lactique, arsenic, tonique, inhalations d'acide lactique 2 0/0. Deux cautérisations de la paroi postérieure à l'acide chromique.	Très satisfaisant. Cicatrisation des ulcères profonds de la glotte. Infiltration diminuée. Ulcère de la corde droite cicatrise; il ne reste que des excroissances dans la fente. Voix sonore.	Une amélioration notable des poumons et du larynx a été constatée par le Dr Dobrzycki, en avril 1886.
Bacilles en petite nombre trouvés avec beaucoup de difficulté.	Infiltration tuberculeuse du côté gauche de la glotte. Exulcération de la fausse corde vocale à gauche. Infiltration du cartilage de Santorini du volume d'une noisette, exulcérée depuis.	Près de 20 badigeonnages avec de l'acide lactique pur, et après la cicatrisation à l'acide chromique de la fausse corde à gauche ablation, de la tumeur du cartilage de Santorini.	Après 43 badigeonnages, cicatrisation de l'ulcération à gauche et diminution de l'infiltration de la glotte. Après l'ablation du cartilage de Santorini, l'exulcération qui persistait sur le ligament aryépiglottique se cicatrise. Quitte l'hôpital le 10 avril 1886.	Malade présenté le 2 mars 1886 à la Société médicale de Varsovie. Et, en outre, examiné par les confrères déjà cités.
Bacilles en petite nombre trouvés seulement à la cinquième analyse. Dr Jakowski	Infiltration tuberculeuse, œdème de toute la glotte des deux cordes vocales fausses et des cartilages de Santorini. Exulcération profonde et d'aspect sale.	Plus de 42 badigeonnages à l'acide lactique, 2 fortes cautérisations des fausses cordes hypertrophiées à l'acide chromique.	Après la cautérisation, les cordes vocales présentent un aspect presque normal. Les ulcérations de l'épiglotte et des fausses cordes se cicatrisèrent, mais la voix ne revint pas. Etat général bon.	Présenté en février 1886 à la Société médicale et à MM. Oltuszewski, Wroblewski et Guranowski.
Bacilles en quantité énorme constatés par le Dr Cube, à Menton, en 1884.	1884. — Sur l'épiglotte épaissie, ulcération cratériforme d'aspect sale, à droite. Les autres parties du larynx normales. Voix claire.	Amélioration après des insufflations d'iodoforme; guérison à Menton (D. Cube). — Rechute en 1885 d'abord à gauche puis à droite. Traitement, par l'acide lactique.	Guérison complète des ulcères des deux côtes de l'épiglotte. Cicatrice inégale et concave. Etat général et état des poumons s'aggravant de plus en plus, mais pas d'ulcération.	Dr Cube, Baranowski et Jawdyski.

TABLEAU des observations d'ulcérations tuberculeuses

du larynx

NUMÉROS et DATE.	NOM et PROFESSION.	AGE.	COMMENCEMENT et ANAMNÈSE de la maladie.	HÉRÉDITÉ.	HÉMOPTYSIE.	ÉTAT GÉNÉRAL.	FONCTIONS.	
7 21 décembre 1885.	M. abbé.	24	Enrouement, toux et dys- phagie depuis un an.	"	Il y a qua- tre ans.	Assez bon, sans fièvre.	Enrouement, dysphagie, crache et toussé beaucoup.	Bacil- lérachet scrimé Poumon bas et
8 6 février 1886.	K. étudiant.	24	Tousse depuis quatre ans trois mois, après un voyage à Mer- ran.	Mère morte phthisique.	Il y a qua- tre ans.	Faible, dé- périt et est atteint de fiè- vre hectique.	Enrouement léger, toux, dysphagie.	Infil- tration mince che.
9 23 janvier 1886.	K. rabbin.	31	Enroué de- puis un an et demi. Maigri, perdes forces. Pas de fièvre.	Père mort phthisique.	Il y a un mois.	Maigre, ané- mique, sans fièvre, man- que des for- ces, scrofu- leux.	Enrouement considérable, avale sans douleur, tousse beau- coup.	Conc- étendu droit.
40 27 mars 1886.	L. mécenicien.	38	Après une pleurésie avec épanchement ; tousse depuis trois ans. Enroué depuis un an.	Sœur morte phthisique.	"	Force et aspect très bons. Bon appé- tit.	Un peu d'en- rouement et légère diffi- culté en ava- lant.	Infil- tration sédimen- tation
41 20 février 1885.	H. raffineur.	39	Plusieurs fluxions de poitrine. Enrouement depuis un an.	"	Il y a dix ans.	Maigre, émacié, affai- bli, toussé beaucoup; pas de fièvre.	Fort enroué, avale facilement.	Infil- tration dissé- minée la cap- sule
42 5 avril 1886.	Felix G. garde forestier	40	Enrouement et toux depuis neuf mois. Mai- gre.	Frère et sœur morts phthisiques.	En 1885.	Bon aspect et bonne con- stitution.	Voix pres- que claire; peu de dys- phagie; toux violente.	Infil- tration dissé- minée le so-



du larynx, traitées avec succès par l'acide lactique (1885-1886).

ÉTAT des POUMONS et crachats.	LARYNX.	MARCHE DE LA MALADIE et RÉSULTAT DU TRAITEMENT.	OBSERVATIONS.
Bacilles dans les crachats, foyers disséminés dans les deux poumons, surtout en bas et à droite.	Exulcérations lenticulaires de l'épiglotte des deux côtés des fausses cordes vocales. Ulcère hypertrophique de la paroi postérieure.	La voix est revenue, mais s'est éteinte depuis. Ulcération de l'épiglotte cicatrisée; après six semaines, la voix est revenue très forte. Etat général très bon.	Parti incomplètement guéri, rechute après deux mois, le même traitement avec succès.
Infiltration disséminée au sommet gauche.	Ulcération cratériforme de l'épiglotte des deux cordes vocales fausses de la paroi postérieure.	La dysphagie a cessé. La voix est meilleure. Cicatrisation incomplète des ulcères de l'épiglotte. Etat général Mauvais.	Part pour la campagne après deux mois. Dr Baranowski.
Condensation assez étendue du sommet droit.	A la vraie corde vocale gauche, ulcérations des bords recouvertes de granulations polypeuses chondritis dextra tuberculosa.	La voix s'améliora après trois semaines. Après 8 badigeonnages atrophie des granulations et cicatrisation du bord de la corde vocale. Etat général bon.	Le Dr Dobrzycki a constaté une notable amélioration.
Infiltration peu considérable des deux poumons.	L'épiglotte parsemée d'ulcères cratériformes pénétrant jusqu'au cartilage. Ulcération de la fausse corde vocale droite.	Peu d'amélioration après la cautérisation de l'épiglotte par l'acide chromique. Amélioration après grattage de l'exulcération avec la curette, et après l'emploi de l'acide lactique.	Dr Dobrzycki.
Infiltration étendue, disséminée dans les deux poumons, dont la capacité est considérablement réduite.	Destruction de l'épiglotte s'étendant jusqu'au cartilage; exulcération des deux cordes vraies et fausses, et de la partie interaryténoïdienne.	Après un traitement de quatre semaines, amélioration insignifiante. Les ulcères se nettoient un peu; avale sans difficulté.	Parti pour Menton. Dr Baranowski.
Infiltration étendue du sommet droit, moins prononcée dans le sommet gauche.	Grandes exulcérations cratériformes avec épaississement de l'épiglotte; excroissance de la fente du larynx.	Amélioration considérable après l'emploi de l'acide lactique.	Dr Wroblewski.

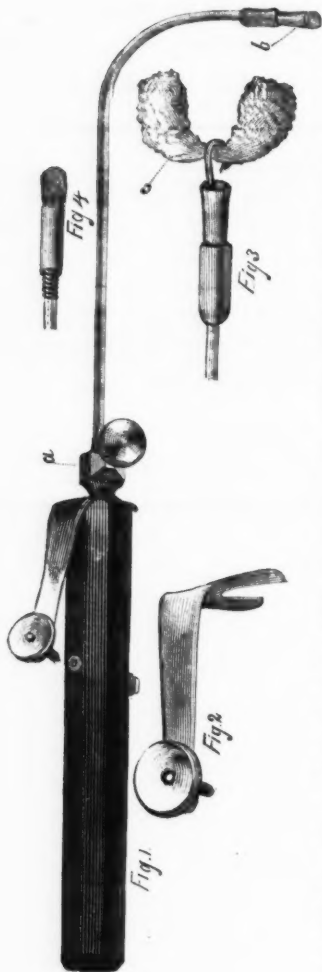
NUMÉROS et DATE.	NOM et PROFESSION.	AGE.	COMMENCEMENT et ANAMNÈSE de la maladie.	HERÉDITÉ.	HÉMOPTYSIE.	ÉTAT GÉNÉRAL.	FONCTIONS.
43 5 avril 1886.	Marie Z.	38	Tousse depuis quatre ans. En- rouée depuis un mois, perd ses forces.	"	Il y a un mois.	Délicate. Etat fiévreux, toux, manque de forces.	Douleurs en mangeant. Toux, enrouement.
44 23 mars 1886.	H. A. marchand.	40	Enroué de- puis deux mois, avale difficile- ment et toussé beaucoup.	Mère ma- lade de la poitrine.	"	Maigre, épuisé; dys- phagie, léger enrouement, toux.	Voix relati- vement forte. Mauvais ap- pétit.
45 5 mars 1886.	K. cantonnier.	38	Depuis trois semaines, dys- phagie du côté gauche, anté- rieurement bien portant.	"	"	De bonne constitution, forces nor- males, appé- tit bon, sans fièvre.	Enrouement léger; en ava- lant, douleur dans l'oreille gauche.
46 27 mars 1886.	S. maître d'école.	27	Enrouement depuis trois mois, amaigris- sement et perte de forces.	"	"	Très épuisé, anémique, a la fièvre et des sueurs matinales.	Aphonie. Dysphagie. Toux.
47 20 mars 1886.	K. commis.	33	Enrouement depuis six mois, toux depuis quatre ans, an- técédents sy- philitiques.	"	"	Bon aspect et bonne con- stitution. For- ces en bon état.	Voix un peu enrouée. Dys- phagie.
48 19 février 1886.	P. écrivain communal.	37	Tousse depuis trois mois, mai- grit. Enroue- ment.	Frère et sœur morts de phthisie.	Il y a un an.	Mal nourri. Fièvre et dé- périssement.	Dysphagie. Enrouement. Toux
49 30 janvier 1886.	R. journalier.	48	Toux depuis plusieurs an- nées. Amaigris- sement depuis quatre mois.	"	Il y a six mois.	Très mal nourri. Fiè- vre hectique.	Dysphagie. Toux. Aphonie.
20 6 janvier 1886.	W. marchand.	33	Depuis trois mois, toux, en- rouement et dysphagie.	"	Il y a quel- ques années.	Amaigri, a la fièvre, éra- che et toussé beaucoup.	Aphonie. Dysphagie. Manque d'appétit.

IONS.	ÉTAT des POUMONS et crachats.	LARYNX.	MARCHE DE LA MALADIE et RÉSULTAT DU TRAITEMENT.	OBSERVATIONS.
urs en reant. ux, ement.	Infiltration considérable des deux sommets.	Épaississement et exulcération de toute l'épiglotte; des ligaments aryépiglottiques et des fausses cordes vocales, ainsi que de la paroi postérieure.	La dysphagie cesse et l'aspect des ulcères commence à s'améliorer; après l'emploi de l'acide lactique, ils deviennent plus pâles.	Dr Wroblewski.
relai- t forte. is ap-	Petite infiltration du sommet gauche.	Exulcération lenticulaire de l'épiglotte. Infiltration de la fausse corde vocale à gauche, et du cartilage de Santorini du même côté.	La cocaïne provoque une amélioration de la dysphagie. L'acide lactique cause une très forte réaction, et son emploi a dû être cessé.	Dr Wroblewski.
nement en ava- rouleur oreille é.	Condensation légère du poumon droit et maillé.	Tuber. tonsil. sinis. urule palati molliis et laryngis. Infiltration de l'épiglotte et de la paroi postérieure.	Tonsillitomie et uvulotomie Présence des tubercules constatée dans les tissus.	Acide lactique sans effet. Décomposition. (Observation d'hôpital.)
onie. hagie. ux.	Infiltration très considérable des deux poumons.	Exulcérations très étendues de l'épiglotte, des fausses cordes vocales et de la paroi postérieure.	Après quelques badigeonnages, réaction très forte, énorme eschare, et sensibilité très vive. Application de laudanum de Sydenham.	Dr Wroblewski.
un peu ée. Dys- t.	Infiltration des deux poumons plus prononcée à droite.	Exulcération du côté gauche. Gonflement du cartilage de Santorini. Infiltration des cordes à gauche.	Après quelques badigeonnages, amélioration des fonctions et de l'état général. Le malade ne prend pas les précautions nécessaires.	Reste en observation à l'hôpital.
phagie. ement.	Destruction très étendue du poumon droit.	Infiltrations disséminées très considérables de tout le larynx.	Après une incision profonde et embrassant l'épiglotte entière, amélioration de courte durée, quant à la dysphagie.	Acide lactique employé sans succès. (Observation d'hôpital.)
phagie. Apho-	Infiltration considérable des deux poumons.	Tuberculose diffuse, muqueuse entière du larynx avec gonflement très prononcé.	Incision répétée du gonflement de la paroi postérieure avec une certaine amélioration.	Mort à l'hôpital.
onie. hagie. que pétit.	Infiltration diffuse des deux poumons.	Exulcérations de l'épiglotte, de la vraie corde vocale gauche et de la fausse dans la fente. Infiltration considérable au ligament aryépiglottique.	Badigeonnages répétés avec l'acide lactique, sans effet sur l'aspect des ulcères, mais avec amélioration dans la déglutition.	Mort le 31 mars 1883.

NUMÉROS et DATE.	NOM et PROFESSION.	AGE.	COMMENCEMENT et ANAMNÈSE de la maladie.	HERÉDITÉ.	HÉMOPTYSIE.	ÉTAT GÉNÉRAL.	FONCTIONS.
21 28 décembre 1885.	Ch. cochier.	56	Pleurésie traumaticque à la suite d'un coup reçu il y a un an. Enrouement et trois ulcères de la langue.	"	"	Pâle, assez bien constitué. Forces suffisantes, bon appétit, pas de fièvre.	Un peu d'enrouement, douleur de la langue en mangeant.
22 23 mars 1886.	Anna G.	48	Hémoptysie, il y a huit ans. Pneumonie, il y a trois ans. Amélioration après une saison à Suzannica. Douleur dans le nez depuis trois mois.	Pas d'hérédité.	Répétées.	Anémique. Pas réglée, maigre, toussée et enroutée, mais pas de fièvre.	Bonnes forces et appétit normal, se fatigue aisément.

CTIONS.	ÉTAT des POUMONS et crachats.	LARYNX.	MARCHE DE LA MALADIE  et  RÉSULTAT DU TRAITEMENT.	OBSERVATIONS.
u d'en- ment, ur de la gue ngeant.	Infiltration du som- met gauche.	Dans la partie ary- ténoidé, excroissance tuberculeuse à la place de l'excroissance ci- catisée. Petits tuber- cules du cartilage de Santorini.	Cicatrisation des ulcères du bord de la langue, après le raclage et 20 cautérisations à l'acide lactique. Les ulcérations inférieures en voie de cicatrisation.	Présenté à la Société médi- cale de Varso- vie, le 2 mars 1886.
es for- appétit rmal, atigue ement.	Dans les deux pou- mons, vestiges des pneumonies intersti- tielles anciennes avec adhérences. Respira- tion bronchique sous l'épaule gauche.	Exfoliation légère auprès de la fente, cordes vocales in- demnes.	Douleurs dans le nez en se mouchant; pe- tite ulcération du côté droit de la cloison nasale; très grande ulcération du côté gauche s'étendant jusqu'au cornet inférieur. Cicatri- sation après 6 badigeonnages.	Malade vu par le Dr Dobrzycki avant et après sa guérison.

## DESCRIPTION DE L'APPAREIL A PANSEMENT.



On pressera avec le doigt un morceau d'ouate à pansement d'un pouce de longueur, en ayant soin qu'il soit épais d'un centimètre au milieu et que les bouts effilés puissent être passés à travers l'ouverture avec une certaine force jusqu'au milieu. Alors l'ouate est ramenée en bas, un peu serrée, et l'enveloppe métallique vissée autant que possible dans le bas. On enlève au besoin avec des ciseaux autant d'ouate que la longueur du pinceau le comporte,  $1/2$  jusqu'à 1 centimètre. Si l'on sent encore l'ouverture à travers l'ouate, ou l'on en a pris trop peu, ou l'enveloppe métallique n'a pas été vissée assez en bas, il y faut faire attention. Pour que le petit appareil soit en état de servir, il doit répondre aux conditions suivantes :

1° Le trou doit consister en un solide fil d'argent et il est préférable qu'il soit fait du même morceau que la partie supérieure de l'instrument, et qu'il ne soit pas soudé.

2° Il faut qu'on puisse visser l'enveloppe d'argent jusqu'au bout du trou, son bord supérieur doit être lisse et arrondi. Sa longueur doit être à peu près de 2 cent.  $1/2$  afin qu'elle couvre le pas de vis supérieur. Celui-ci doit être assez gros et coupé profondément. Le fil d'argent ou argenté ne doit pas être trop dur ni trop flexible. Le porte-pinceau conserve pour le pharynx sa forme droite ainsi que pour l'utérus. Pour la cavité nasale et le larynx il faut lui donner la courbure convenable. Le pinceau employé sera éloigné avec une forte pince pour ne pas salir les doigts et désinfecté dans de l'eau bouillante ou bien dans de l'acide phénique 5 0/0. On peut attacher le porte-pinceau au manche du miroir laryngien ordinaire. Pour la faradisation du pharynx et du larynx on a construit un manche spécial avec lequel il est possible de faire un manche ordinaire en dévissant le contact (voir le dessin.)

Le pinceau peut contenir 4 à 6 gouttes de liquide et on peut frotter d'une manière énergique puisque l'acide lactique n'altère pas la muqueuse saine. Il facilite l'application des médicaments sur la paroi postérieure des fosses nasales, mais la l'ouate doit être disposée avec le doigt à plat et de biais afin que le liquide ne coule pas.

MM. Reiner, à Vienne, et Colin, à Paris, ont construit l'instrument d'après mes instructions.

2 guérisons presque complètes ;

4 améliorations notables ;

6 améliorations fonctionnelles.

Il faudrait être très exigeant pour ne pas se montrer satisfait de ces résultats, surtout en les comparant aux résultats obtenus par les anciennes méthodes du traitement.

Je suis particulièrement étonné de la guérison des malades nos 4 et 5, placés dans une petite salle d'hôpital, occupée par dix phthisiques alités, et par conséquent, exposés à l'aggravation de leur état par la possibilité d'une infection mutuelle.

Ce service ne possède qu'une ventilation insuffisante ; la ration alimentaire est assez faible, le lait insuffisant, le vin et le cognac font défaut.

Malgré ces conditions peu favorables, le résultat obtenu par l'emploi de l'acide lactique et des procédés opératoires a été très encourageant.

Me réservant de revenir ultérieurement sur cette question, j'ai hâte d'appeler votre attention sur des points très importants, à savoir : les indications et les contre-indications dans l'emploi de l'acide lactique et la technique de son application.

Les résultats de mes observations concordent presque complètement avec ceux de Krauze et de Jellinek. Je me dispense d'entrer dans la description minutieuse des changements que l'acide lactique provoque dans les ulcérations tuberculeuses, ou dans les tissus infiltrés par les tubercules, et je me borne aux déductions suivantes.

Ce sont les ulcérations tuberculeuses circonscrites, d'origine récente, peu nombreuses, siégeant sur les cordes vocales vraies et en second lieu sur l'épiglotte qui guérissent le plus promptement et le plus parfaitement, surtout si le malade n'a pas de fièvre ; si les forces et l'appétit sont relativement bons, et si l'infiltration des poumons n'est pas trop étendue.

Les ulcérations lcratériiformes des fausses cordes vocales et de la partie interaryténoïdienne à bords hypertrophiés, les plus exposées par leur localisation même, guérissent plus airement et demandent non seulement des soins plus prolon-

gés, mais une thérapeutique énergique de la part du médecin et une grande patience de la part du malade. C'est ici que les procédés chirurgicaux trouvent particulièrement leur application. En effet, ces ulcères nécessitent l'emploi du grattage au moyen des petites curettes affilées que j'ai l'honneur de vous présenter; l'ablation de l'hypertrophie à l'aide de la pince tranchante; la cautérisation par l'acide chromique des fausses cordes vocales; des incisions profondes (méthode de Schmidt), s'il y a infiltration et œdème encore exempts d'ulcérations.

Parfois, on peut être forcé d'enlever les tissus dégénérés et tuberculeux, tels que les cartilages de Santorini (observation n° 4), les amygdales et la luette (observation n° 15).

Ce n'est qu'après ce traitement préparatoire qu'on peut espérer de bons effets de l'application de l'acide lactique, aussi concentré que possible. Encore ce dernier, très hygrométrique, contient-il toujours une certaine quantité d'eau, ce qui modifie son poids spécifique, qui, à vrai dire, devrait être 1,215.

Je manque d'expérience personnelle sur le résultat de l'application du traitement galvanocaustique à la guérison des ulcérations du larynx, bien que notre collègue M. Gouguenheim et le Dr Fauvel se louent beaucoup des effets obtenus.

J'ai appliqué avec beaucoup de succès l'acide lactique aux ulcérations tuberculeuses de la langue et de la muqueuse du nez, que j'ai eu occasion de voir 5 fois.

Les deux observations se trouvent résumées au tableau annexé à ce travail (nos 21, 22).

Chez le malade (n° 21) atteint de deux ulcères sur le bord de la langue et au filet, j'ai trouvé à la surface inférieure de la muqueuse, ainsi que sur l'épiglotte et sur la muqueuse qui recouvre les cartilages de Santorini, quelques tubercules miliaires. Ceux d'entre eux qui se trouvaient à la partie inférieure de la langue furent enlevés à l'aide de ciseaux, et leur nature tuberculeuse fut prouvée par l'examen microscopique, tandis qu'on ne trouva pas de bacilles dans la sé-



création des ulcères et les granulations qui furent enlevées par le raclage (1).

Les ulcérations tuberculeuses (n° 22) du nez nécessitaient près de quatre semaines pour leur guérison.

Les contre-indications émanent surtout de l'état général du malade.

En effet, on ne saurait appliquer un traitement énergique à des sujets épuisés, cachectiques, sans forces ni appétit, sans énergie vitale, n'avalant qu'avec effort, par suite d'ulcères très étendus du larynx et de la trachée. — Chez ceux-là, je me borne à diminuer la dysphagie par la cocaïne et la morphine, et la fièvre par les antipyrétiques, en tant que ces remèdes n'exercent pas une influence fâcheuse sur leur état général.

Malheureusement, il faut avouer l'impuissance de la médecine chez les malades qui sont dans cet état.

Si, cependant, les phénomènes laryngés prédominent sur les altérations des poumons, si la fièvre présente des rémissions, si les forces et l'appétit ne sont pas diminués, nous pouvons encore agir énergiquement en dépit des altérations du larynx.

Nous ferons donc en sorte : 1° de diminuer la dysphagie; 2° de désinfecter les ulcérations; 3° de raviver ces dernières, afin d'en amener le nettoyage et la cicatrisation.

Ici, la technique opératoire est d'une extrême importance, et, en effet, si elle n'est pas bien appliquée, le résultat du traitement par l'acide lactique restera douteux ou nul, ce qui nous explique les nombreux échecs et l'abandon de ce procédé au début.

Il faut employer l'acide lactique d'une façon énergique et prolongée, soit en en enduisant les ulcérations, soit en l'appliquant directement sur la région infiltrée et altérée.

Je commençais toujours le traitement par des badigeonnages avec une solution de cocaïne (10 0/0—20 0/0). Après quoi, j'appliquais, chez les personnes irritables, du laudanum de

(1) Leur nature tuberculeuse a été constatée par le prof. MALLASSEZ, de Paris, et le professeur KOCH, de Berlin, qui ont eu la bonté d'examiner mes préparations microscopiques.

Sydenham, tandis que, chez les malades moins nerveux, j'administrais immédiatement l'acide lactique en solution de 20 à 30 0/0.

Quelques jours après, je passais à une solution de 80 à 100 0/0, et je puis affirmer que les malades s'y habituent bien vite, que la douleur diminue sensiblement par la fréquence de l'application et l'amélioration de la partie malade, si bien que l'emploi préventif de la cocaïne finit par ne plus être nécessaire.

Je répétais le badigeonnage à l'acide lactique tous les jours, jusqu'à formation d'eschares et même, si la réaction (gonflement et dysphagie) n'était pas très grande, jusqu'à la chute de l'eschare, et c'est alors que l'application de la cocaïne et même du laudanum devenait absolument nécessaire.

Les infiltrations résistantes doivent être badigeonnées chaque jour sans crainte de provoquer des eschares, quand les tubercules sont situés à une certaine profondeur, et quand ils se composent d'épithélium avec une petite quantité de cellules arrondies, comme vous le verrez dans mes préparations microscopiques concernant l'observation 15.

Un pinceau en blaireau ne convient pas au badigeonnage avec l'acide lactique, car les poils fléchissent sous la pression et l'acide en découle très facilement; je me sers d'un petit tampon d'ouate hydrophile fixé sur une tige spéciale à système très simple que je me permets de vous présenter (1). Après chaque badigeonnage, on change le tampon, dont la dimension est appropriée aux besoins. Ce pinceau permet d'exercer une certaine force et pénétrer facilement dans tous les replis du larynx.

L'instrument se désinfecte ensuite facilement par une solution d'acide phénique à 5 0/0, et on évite de la sorte la propagation des maladies. Pour atteindre la paroi postérieure du larynx et l'épiglotte, l'anse de l'instrument occupe une direction transversale à l'axe et longitudinale par rapport aux cordes vocales vraies et fausses.

A l'aide de ce pinceau, je fais dix à quinze mouvements

(1) Modèle déposé chez Collin, à Paris et Reiner à Vienne.

précipités, ce qui me permet parfois de frotter jusqu'au sang.

Bien que j'insiste, d'une manière particulière, sur la nécessité d'une bonne technique opératoire, et que je sois d'avis que faire un bon badigeonnage du larynx est quelquefois plus difficile que d'opérer un polype à l'aide de la cocaïne, je ne considère pas la technique seule comme suffisante pour traiter avec succès la tuberculose du larynx.

Quelques mots de prophylaxie et d'hygiène.

Le pronostic de la phthisie laryngée serait meilleur si les malades n'arrivaient pas souvent chez les médecins dans un état désespéré, au moment où tout secours devient illusoire.

Tant que la laryngoscopie n'aura pas pris le rang qui lui revient dans les études médicales, et qu'à l'égal de l'auscultation et de la percussion elle ne sera pas connue de tous les médecins en général, il sera difficile de remédier à l'état de choses actuel.

On doit examiner le larynx de tout malade qui tousse, qui accuse une gêne dans l'arrière-gorge, qui se plaint de sécheresse ou est légèrement enroué. Cet examen s'impose surtout chez tout individu, affecté d'une disposition héréditaire, ayant craché le sang (1), ou qui tousse même légèrement. Ici l'examen des crachats, d'après la méthode Ehrlich, est indispensable pour fixer le diagnostic.

A l'inspection du larynx, la partie aryténoïdienne, c'est-à-dire la paroi postérieure, mérite une attention spéciale, et il est hors de doute que certaines altérations du larynx autorisent à admettre l'existence de la tuberculose dans le poumon, à une époque ou tout autre examen, pas même la nature des crachats, ne la fait soupçonner.

C'est le mérite de Schaeffler d'avoir de nouveau attiré l'attention sur ce point et prouvé que les altérations causées par la tuberculose des poumons répondent aux modifications que l'on aperçoit du côté correspondant du larynx. Il a également démontré l'importance, au point de vue du diagnostic, des paralysies unilatérales et légères des sphincters du la-

(1) Dans le sang de ces malades, mélangé aux crachats, HILLER a trouvé des bacilles déjà quelques jours après l'hémoptysie. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1882.)

rynx habituellement accompagnées de la fatigue de la voix. Ces parésies minimales se caractérisent, principalement, par une adhérence plus tenace de la sécrétion muqueuse du côté affaibli; les cordes vocales diffèrent par leur largeur, ou bien leurs bords sont légèrement congestionnés du côté malade. Il est évident que cette étude, si importante au point de vue du pronostic, demande beaucoup d'attention et d'expérience.

La prophylaxie est devenue beaucoup plus rationnelle depuis les découvertes de Koch, et, d'après les principes actuellement en vigueur, nous devons :

1° Éloigner par la voie opératoire toute glande lymphatique hypertrophiée, ou suspecte d'être de nature tuberculeuse des cliniciens (j'attire l'attention sur les recherches de Schüppel sur la fréquence de la tuberculose des glandes lymphatiques);

2° Ablation des amygdales hypertrophiées, avec cryptes obstruées par des agglomérations caséeuses et qu'on trouve surtout chez les enfants scrofuleux.

Mon observation n° 15 nous prouve que la tuberculose du pharynx et du larynx commence quelquefois par une ulcération des amygdales. L'enlèvement de ces dernières enraye ou même empêche les progrès de la maladie.

Strassman a observé 13 cas de tuberculose des amygdales. (*Virchow Archiv.*, t. XLVI, n° 2.)

3° Faire notre possible pour éloigner les malades des endroits où ils ont été contaminés; changer leur genre de vie, leur procurer un air frais, sylvestre ou maritime. Le choix du climat dépend uniquement des circonstances, de l'individualité du malade, du degré de la maladie, et de leur résistance.

Le principal est de relever les forces de l'organisme, c'est-à-dire de le mettre en état de dominer l'infection existante, et de prévenir toute nouvelle invasion.

On aura soin de désinfecter et de détruire les crachats, et se souvenir des recherches de Giboux (1) qui a prouvé que des lapins vivant dans l'atmosphère des tuberculeux mouraient phthisiques.

(1) Comptes rendus IV et X.

Il faut en même temps relever le moral de ces malades désespérés, déprimés par leurs atroces souffrances. On devra se souvenir de ce malade, à qui l'on demandait pourquoi il avait abandonné son médecin, une célébrité, et qui répondit simplement : « Parce que non seulement il ne m'a pas soulagé, mais qu'il n'a même pas su me consoler. »

---

## II

### TRAITEMENT DE LA SUPPURATION DE LA CAISSE

Par le Dr C. MIOT.

(Lu à la Société française d'otologie et de laryngologie, session d'avril 1880.)

Avant de citer quelques cas exceptionnels d'otorrhée, M. C. Miot expose son opinion sur les divers traitements qu'il met en usage dans sa pratique.

*Injectons.* — D'une manière générale, les injections d'eau tiède sont toujours formellement indiquées dans les cas aigus et chroniques quand la sécrétion est abondante et qu'elles sont bien tolérées.

Pendant la période aiguë, nous préférons les injections au nettoyage à sec, afin d'éviter des frottements susceptibles d'exagérer les douleurs. Elles doivent être peu abondantes et faites avec la plus grande douceur dans les cas de perforation large du tympan. Chez certains malades affectés d'otite moyenne suraiguë, avec périostite et même carie, l'irrigation doit être continuée pendant plusieurs heures, répétée fréquemment, et agit de la même façon que le traitement hydriatique recommandé par les praticiens allemands. Les injections ont peu d'utilité pendant les périodes subaiguë et chronique, lorsque la suppuration n'est pas abondante. Cependant on peut encore y avoir recours, le matin, pour mieux désagréger et chasser au dehors les produits de sécrétion accumulés dans l'oreille pendant la nuit. Nous employons pour les injections une solution de bicarbonate de soude à 1/100<sup>e</sup> et l'un de ces trois appareils sui-

vant les cas : le siphon d'Itard, l'irrigateur Aiguisier ou l'injecteur à deux boules dont une est en métal.

Dès que l'état de l'oreille le permet, on y introduit un bourdonnet de coton absorbant pour enlever le liquide qui peut y être renfermé, avant de pratiquer l'instillation.

Les nombreuses solutions employées dans le traitement de l'otorrhée n'ont pas toutes une action énergique. Nous n'avons pas l'intention de faire une énumération fastidieuse ; nous nous bornerons à attirer l'attention sur celles qui nous ont donné les résultats les plus favorables et à dire que les meilleurs antiseptiques ne sont pas toujours ceux dont l'action est la plus efficace.

Les solutions émollientes ou calmantes sont aqueuses et employées pendant la période aiguë du catarrhe purulent et les états aigus qui surviennent dans le cours du catarrhe chronique. Nous donnons la préférence à la décoction forte de tête de pavot, additionnée de 1 gramme d'acide borique par 100 grammes de décoction, afin d'en retarder la décomposition.

La solution de cocaïne calme rapidement la douleur dans la plupart des cas ; mais elle augmente parfois la congestion des parties hyperémiées, en paralysant trop longtemps les rameaux nerveux, et il est important d'en surveiller l'action. Nous passons sous silence son action toxique.

*Solutions astringentes, antiseptiques.* — Nous préférons les solutions dans la glycérine pure à toutes les autres parce qu'elles s'altèrent très difficilement et sont bien tolérées par la muqueuse de l'oreille moyenne. Telles sont celles de :

1° Borax.....	1 à 3 <sup>gr</sup> ,30
2° Sous-acétate de plomb.....	1 à 3 <sup>gr</sup> ,30
3° Sulfate d'alumine.....	1 à 2 <sup>gr</sup> ,30
4° Acide phénique cristallisé.....	3 à 30 <sup>gr</sup> ,30

ormule de Ménière).

On ajoute à ces solutions du chloral en proportions variables pour les rendre plus actives.

5° L'eau oxygénée à 7 volumes (formule du Dr Baldy), mélangée à 3, à 5 ou 10 parties d'eau.

*Solutions caustiques.* — Nous employons seulement en instillations la solution aqueuse de nitrate d'argent de 1/20° à 1/10° ou celle d'acide chromique de 1/5° à 1/3. Pour toucher les surfaces malades nous nous servons des solutions de nitrate d'argent de 1/10° à 1/2, d'acide chromique de 1/3 à saturation, de solution alcoolique saturée d'acide phénique cristallisé. Dans un grand nombre de cas, nous leur préférons le galvano-cautère.

Les poudres médicamenteuses qui nous paraissent avoir le plus d'efficacité sont celles d'acide borique, d'iodoforme, de sulfophénate de zinc, de sucre candi, seules ou bien mélangées entre elles, ou avec du sucre, ou avec de la magnésie. La poudre de sucre déterge bien les surfaces malades recouvertes de granulations fines et moyennes. De plus, elle forme en se dissolvant une couche protectrice. Dans les mêmes cas, on peut aussi faire usage de l'acide borique. L'iodoforme, le sulfophénate de zinc sont plutôt réservés pour les malades strumeux dont la muqueuse bourgeonne facilement et devient fongueuse. On doit avoir soin de cesser l'emploi de l'iodoforme aussitôt qu'il exerce une action trop vive sur les tissus ou produit un état saburral des voies digestives, effet fréquent au bout de quelque temps.

*Moyens indirects.* — Les émissions sanguines locales calment très rapidement la douleur, même quand elles sont peu abondantes et nous paraissent supérieures par la rapidité de leur action au traitement hydriatique local. Elles sont obtenues au moyen de sangsues appliquées aux lieux d'élection, c'est-à-dire au niveau de l'apophyse mastoïde et du tragus. Une sangsue ou deux chez les enfants, trois ou quatre chez les adultes, diminuent l'hyperémie sans affaiblir le malade. Nous pourrions citer des exemples multiples à l'appui de notre opinion. Nous nous contenterons de l'observation suivante. Il y a plusieurs années, on nous appela auprès d'une dame atteinte d'otite moyenne purulente droite avec gonflement appréciable des tissus mous de la région mastoïdienne, très sensibles à une pression digitale même modérée. Cette malade souffrait beaucoup depuis plusieurs

jours et passait des nuits sans sommeil. Au bout de quelques semaines, elle tomba dans un état d'abattement et de prostration qui inquiéta vivement les personnes de son entourage. On avait employé bien des médications lors de notre première visite. Quoique la malade fût très faible, nous proposâmes l'application de deux sangsues derrière l'oreille ; mais notre avis ne prévalut pas. Après avoir essayé plusieurs traitements sans succès, les sangsues furent enfin appliquées. Malgré l'état de faiblesse de la malade, l'écoulement sanguin fit cesser les douleurs et ramena au calme à peu près complet au bout de quarante-huit heures. Quelques jours après, sous l'influence des moyens locaux déjà employés sans succès, la suppuration avait diminué d'une manière sensible et bientôt elle cessait pour ne plus revenir.

Les applications chaudes sur l'oreille et les parties voisines ont été reconnues par Itard et d'autres praticiens comme produisant d'excellents résultats. Elles ont, en effet, une action énergique dans quelques cas bien déterminés, et nous ne sommes pas de l'avis de ceux qui en proscrirent l'usage parce qu'elles favorisent la fonte purulente des tissus. Elles sont parfaitement indiquées quand, à la suite d'une suppression brusque d'un écoulement par le froid ou sous l'action d'une solution astringente trop concentrée, il est survenu une inflammation vive et de fortes douleurs. Nous n'avons jamais regretté d'y avoir eu recours dans ces deux cas particuliers.

Nous prescrivons les révulsifs cutanés sur la région mastoïdienne, et à peu près exclusivement le vésicatoire volant, toutes les fois qu'il y a un écoulement fétide, coexistant avec des granulations du conduit ou de la cavité tympanique repullulant avec facilité. Nous n'hésitons pas à en faire appliquer plusieurs de suite (vésicatoire coup sur coup) sur le même point, ou alternativement derrière chaque oreille si les deux suppurent.

Le vésicatoire n'est pas petit et arrondi, comme d'habitude. Il a la forme de la région et se prolonge environ à deux travers de doigt, quelquefois moins, au-dessous du lobule. Nous les avons conseillés à un grand nombre d'en-



fants strumeux chez lesquels l'écoulement était très abondant, fétide, entretenu et augmenté par des granulations que des traitements variés (scarifications, écrasement, cautérisations, astringents...) n'avaient pu modifier. L'inflammation est devenue aussitôt moins vive, les granulations ont pâli, diminué peu à peu, et l'écoulement a cessé assez vite sous l'influence des mêmes moyens locaux employés auparavant sans résultat. L'écoulement augmente presque toujours pendant les deux à cinq jours qui suivent l'application du vésicatoire, puis diminue. Cette recrudescence dépend évidemment de la congestion plus vive de la muqueuse et probablement d'un certain degré d'inflammation cantharidienne. L'hyperémie provoquée est salutaire dans la plupart des cas. Très exceptionnellement, elle peut présenter des inconvénients. Ainsi, chez deux enfants, un garçon de 7 ans et une petite fille de 5 ans, nous avons vu survenir une paralysie faciale du côté traité. Il faut ajouter que cette paralysie guérit spontanément, chez l'un au bout de quinze jours et chez l'autre au bout de vingt-deux jours.

L'action du vésicatoire est beaucoup moins énergique chez l'adulte.

La teinture d'iode, le galvano ou le thermocautère appliqués sur la région mastoïdienne nous ont aussi donné de bons résultats, chez les enfants principalement. Nous aimons mieux employer dans les cas ordinaires la teinture d'iode parce qu'elle inspire moins de craintes que les cautères actuels.

*Traitement général.* — Avec quelques auteurs et contrairement à un grand nombre de praticiens, nous pensons que la suppuration de la caisse, sans complications osseuses, peut être guérie dans la plupart des cas par une médication locale. Le traitement général n'est véritablement utile que pour modifier l'état diathésique du sujet et empêcher les récidives ou les rendre moins fréquentes.

Quant au traitement des parties voisines, des organes ou des régions exerçant une action sur l'oreille, il nous paraît indiqué d'une manière absolue.

La suppuration de la caisse du tympan doit être consi-

dérée à l'état aigu et à l'état chronique. Il faut modifier l'état aigu le plus promptement possible par la méthode antiphlogistique qui donne des résultats rapides quand elle est employée judicieusement et en temps utile.

Quand la perforation est étroite, il arrive souvent que le processus inflammatoire diminue peu à peu sous l'influence du traitement ordinaire employé en pareil cas. Au contraire, si l'écoulement persiste avec des exacerbations plus ou moins fréquentes, il ne faut pas hésiter à élargir beaucoup l'ouverture au moyen d'un bistouri, afin de faciliter l'écoulement du pus. Dans quelques cas, il vaut mieux employer le galvano-cautère si l'on veut obtenir un orifice béant permettant l'introduction facile des liquides médicamenteux dans la caisse.

A l'état chronique, la perforation tympanique ayant une certaine largeur, plusieurs états pathologiques peuvent se présenter.

Dans les cas d'otite moyenne suppurée simple, sans tuméfaction considérable de la muqueuse, nous employons les solutions de borax, de sous-acétate de plomb, de sulfure d'alumine en instillations, et l'acide borique en poudre dès que l'écoulement est faible.

Lorsque la muqueuse est plus épaissie, il faut préférer ces mêmes solutions associées au chloral, en ayant soin d'alterner leur emploi tous les 8 ou 10 jours. Quand le moment est venu d'employer l'acide borique en poudre, on fait, comme précédemment, un pansement par occlusion avec cette poudre, qui est renouvelée selon le besoin.

Dans les cas de granulations fines ou moyennes, développées à la surface du conduit auditif externe, du tympan ou de la caisse, on pratique de légères scarifications et des instillations de solution caustique, en prenant toutes les précautions nécessaires. Dans l'intervalle, on a recours aux lavages à l'eau alcaline, s'il le faut, aux instillations de borax, d'acide borique ou de résorcine, et l'on termine comme toujours le traitement par des pansements à l'acide borique ou à l'iodoforme.

Les granulations un peu grosses ou les polypes devront

être enlevés le plus promptement possible par section ou par écrasement. Quelques heures après ou le lendemain, on les cautérise avec l'acide chromique, l'acide phénique, le nitrate d'argent ou le galvano-cautère, suivant l'effet qu'on veut obtenir. Dans l'intervalle des cautérisations, faites tous les 2 à 10 jours, on emploie les instillations indiquées précédemment et, quand il n'y a plus qu'un suintement, un pansement par occlusion à l'acide borique.

A l'état chronique, la perforation peut être étroite et intéresser différents points. Nous nous occuperons seulement de quelques cas tout à fait spéciaux, que nous diviserons en plusieurs catégories.

Chez les malades de la première catégorie, la suppuration datait d'un assez grand nombre d'années et ne s'était pas tarie malgré des traitements rationnels et prolongés. Nous redoutions naturellement l'existence d'un séquestre ou de bourgeons charnus entretenant l'écoulement. Cependant, comme rien n'indiquait leur présence, avant de nous décider à employer certaines substances comme l'acide sulfureux, recommandé par Andeer dans le traitement des lésions osseuses, nous prescrivîmes un des meilleurs astringents qui existent et des mieux supportés par l'oreille : le sulfate d'alumine associé au chloral. L'écoulement fut tari en quelques jours. Ces faits prouvent que cet astringent a souvent une action énergique et qu'il est utile de changer la substance médicamenteuse toutes les fois qu'elle est employée depuis un certain temps. — Chez les malades de la deuxième catégorie, il existe un écoulement ancien et il y a sur les lèvres de la perforation une masse polypiforme, parfois de petits bourgeons charnus qu'il suffit de faire disparaître pour que l'écoulement cesse au bout de quelques jours, sous l'influence d'instillations astringentes, lorsqu'on pouvait supposer que le catarrhe purulent serait de longue durée. — Chez les malades de la troisième catégorie, le néoplasme formé dans la caisse a franchi la perforation et s'est développé dans le conduit. Après avoir enlevé toutes les parties situées en dehors du tympan et cautérisé de plusieurs manières celles qui sont renfermées dans la caisse,

on les voit croître de nouveau, malgré plusieurs applications de galvano-cautère. On obtient parfois un effet plus énergique avec l'acide phénique cristallisé, moins bon avec l'acide chromique ; mais les masses détruites se reforment. L'alcool, employé en instillations suivant les indications de Politzer, n'est pas efficace, probablement parce qu'il ne pénètre pas suffisamment dans la caisse. Dans ces cas, il faut nécessairement agrandir suffisamment la perforation avec le galvano-cautère pour pouvoir détruire le néoplasme. Sans cela il est bien difficile d'obtenir une guérison, qui survient assez rapidement en agissant comme nous venons de l'indiquer. — Chez les malades de la quatrième catégorie, non seulement la membrane de Schrapnell est détruite, ainsi que les parties voisines, mais souvent aussi les cellules de la paroi supérieure de la portion osseuse du conduit attenant à la caisse ont disparu. Il y a une suppuration des plus fétides. Lorsqu'un traitement a été suivi sans résultat, nous pratiquons l'exploration suivante : un stylet moussé, fin et flexible, est introduit dans la caisse et dirigé autant que possible dans tous les sens. On ne constate point la présence de parties cariées ni de productions polypiformes, mais seulement celle d'une masse purulente molle, très odorante, ressemblant assez bien à la matière ramollie du tubercule et encombrant la caisse. Cette masse ne pouvant pas être extraite facilement de la caisse, nous faisons à la partie inférieure du tympan une contre-ouverture large de 2 à 3 millimètres avec le galvano-cautère, ce qui nous permet non seulement d'explorer plus complètement la caisse avec le stylet, mais d'y injecter de l'eau alcaline, puis un liquide antiseptique, particulièrement un des suivants, matin et soir, en ayant soin d'augmenter ou de diminuer les doses selon les indications :

## N° 1.

Teinture d'iode pure.....	4	gr	»
Eau distillée.....	40	gr	»
Iodure de potassium.....	1	gr	»
Alcool rectifié.....	2	gr	»

## N° 2.

Sulfate d'alumine.....	1 gr »
Eau distillée.....	40 gr »
Hydrate de chloral pur.....	0 gr 03

## N° 3.

Acide phénique cristallisé.....	3 gr »
Glycérine pure.....	30 gr »

Si ces liquides ne donnent pas un résultat avantageux au bout de quelques semaines, nous n'hésitons pas à employer des injections d'iodure ou de nitrate d'argent en solution de 1/40<sup>e</sup> à 1/20<sup>e</sup> en prenant soin de neutraliser le caustique en excès et de chasser de la caisse le chlorure d'argent qui agirait comme un irritant énergique. Dans l'intervalle des pansements, on pratique des insufflations d'air, des lavages à l'eau alcaline, matin et soir. En répétant ainsi les injections caustiques, en les alternant avec les astringents, les antiseptiques; en employant des révulsifs énergiques sur l'apophyse mastoïde, on parvient à tarir des écoulements durant depuis très longtemps et ayant résisté à des traitements divers. Chez les malades de la 5<sup>e</sup> catégorie, le tympan a une perforation ou deux permettant d'introduire dans diverses directions un stylet dans la caisse et de sentir parfois un séquestre tombé dans cette cavité et devenu un véritable corps étranger. Tel était un malade qui était affecté d'un écoulement purulent de l'oreille gauche depuis plusieurs années. Son tympan présentait dans sa partie postéro-moyenne une perforation arrondie de 2 millimètres de diamètre environ. Au-dessous de celle-ci en existait une autre ayant à peu près les mêmes dimensions. Après avoir exploré la caisse de la manière indiquée ci-dessus, il fut possible de sentir un séquestre mobile. La partie de membrane séparant les deux perforations fut incisée et nous pûmes extraire avec un crochet la plus grande partie du limaçon et tarir vite l'écoulement. L'observation est déjà ancienne puisqu'elle a été publiée dans la thèse d'un de mes élèves, le Dr Rey (*Thèse de Paris, 1875*), mais elle n'en est pas moins intéressante.

---

## PRESSE ÉTRANGÈRE. — SOCIÉTÉS SAVANTES ÉTRANGÈRES.

**Sur le développement progressif de la couche dermoïde dans le conduit auditif externe.** (*Boston med. and surg. Journal*. Jul. 12. 1884.)

Dans une séance de la *Medical Observation Society de Boston*, le docteur F.-H. Hooper a présenté une lame d'épiderme, de onze centimètres de longueur sur six à huit centimètres de largeur, qui a été retirée du canal auditif externe.

Elle a été aperçue à la suite de l'enlèvement d'une masse de cérumen; elle était repliée sur elle-même; mais, plongée dans l'eau, elle présenta les dimensions que l'on vient d'indiquer. Ce fait confirme les observations de Blake relatives au développement extérieur progressif de la couche externe de la membrane du tympan et du revêtement dermoïde du conduit.

**Sarcome à cellules arrondies dans l'oreille**, par le Dr J. ORNE GREEN (de Boston). (*Archives of Otology*, XIII, n° 2, 1884.)

Ce cas est intéressant en raison de la rareté des productions de cette nature dans cette région. Le malade, âgé de vingt-trois ans, avait, lorsqu'on l'examina pour la première fois, une tumeur diffuse au niveau de l'apophyse mastoïde gauche, qui s'était ouverte et donnait passage à une masse fongueuse, ramollie par endroits, et saignant au moindre contact. Le méat était rempli par cette même masse charnue qui ressemblait à un polype adhérent à la paroi postérieure. Etat général mauvais.

Au bout de trois mois, pendant lesquels la tumeur avait constamment augmenté de volume, celle-ci mesurait seize centimètres sur douze centimètres. Deux mois après, le malade mourut d'épuisement. Malheureusement, l'autopsie n'a pu être exécutée; mais l'examen microscopique du néoplasme démontra de manière à ne pas laisser de doute qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules arrondies.

**Épanchement séreux dans la caisse du tympan**, par le

Dr J. ORNE GREEN (de Boston). (*Boston med. et surg. Journal*, June 12, 1884.)

Dans l'épanchement séreux du tympan, sont considérés deux facteurs comme étant la cause de l'exsudation : l'inflammation de la membrane muqueuse de la cavité et l'occlusion de la trompe d'Eustache : la première produisant une sécrétion séreuse peu abondante, comme il s'en forme sur toute surface muqueuse enflammée, la seconde donnant lieu par un procédé plus compliqué de succion à une exsmose de sérum à travers les capillaires sanguins. Mais la limite entre ces facteurs n'est pas nettement tracée ; et, dans la plupart des cas que l'on observe dans la pratique, il est impossible de déterminer la part prise par chacun d'eux dans la production de l'épanchement. Le plus souvent tous les deux paraissent y avoir contribué, avec prédominance tantôt de l'un et tantôt de l'autre.

La guérison a lieu par la réouverture de la trompe et la résorption de l'épanchement, l'inflammation de la muqueuse ayant diminué.

Les suites fâcheuses de la persistance prolongée de l'épanchement sont : 1° l'allongement permanent des fibres de la membrane du tympan qui devient d'une flaccidité telle que souvent, après le rétablissement de la perméabilité de la trompe d'Eustache, elle est devenue beaucoup moins propre à la transmission des sons ; 2° la rétraction permanente du muscle tenseur du tympan ou des adhérences entre la membrane du tympan et la paroi de la caisse ; 3° la non-absorption des sécrétions et la persistance, pendant un temps indéfini, des symptômes du début.

Les épanchements séreux de la caisse du tympan ressemblent à ceux de la plèvre, sauf que les causes mécaniques qui agissent dans la première sont plus faciles à déterminer et que les méthodes mécaniques de traitement y sont plus directement applicables. Ces méthodes mécaniques sont : l'insufflation de Politzer, le cathétérisme et la paracentèse.

Si après deux insufflations le liquide dans la caisse n'a pas diminué, ou si l'absorption s'arrête après s'être effectuée

pendant quelque temps, le docteur Green indique de pratiquer la paracentèse, qu'il fait suivre d'insufflations, et d'une application douce du spéculum de Gigles en ayant soin de ne pas employer assez ce dernier pour augmenter la congestion tympanique.

Quelques insufflations pratiquées après évacuation des sécrétions suffisent généralement pour rétablir complètement la perméabilité de la trompe d'Eustache ; mais tant que ce canal n'est pas entièrement libre, on ne saurait compter sur une guérison durable.

L'auteur insiste aussi sur le traitement de la cause primitive des épanchements séreux dans le nose-pharynx et dans les autres régions.

**Glandes sébacées anormales dans le voisinage immédiat du pavillon de l'oreille, par le Dr CHARLES-A. TODD, de Saint-Louis.**

L'année dernière, je soignais un malade, qui souffrait d'un abcès folliculaire dans deux conduits auditifs. C'était un homme bien constitué ; il était employé à la police municipale de Saint-Louis, où il occupait une position importante. Après plusieurs visites, il appela mon attention sur une particularité, qui est l'objet de cet article. Immédiatement en avant de chaque pavillon de l'oreillon, et au niveau de l'origine de l'hélix, il y avait dans la peau une petite dépression orale qu'on n'apercevait qu'en examinant la région de près. C'était l'embouchure d'un canal sous-cutané, mesurant, à droite, 9 millimètres de longueur, et, à gauche, 12 millimètres. L'orifice admettait exactement la pointe d'une sonde d'argent ordinaire. Les canaux étaient divisés de haut en bas, leur trajet était rectiligne ; on pouvait sentir la sonde que l'on y introduisait sur tous leurs points.

Le malade prétendait que ces canaux étaient pour quelque chose dans la production des abcès, qui le faisaient tant souffrir, parce qu'ils sécrétaient une matière jaunâtre, qu'il était obligé d'exprimer de temps à autre pour ne pas en être incommodé. Dans sa jeunesse, cette sécrétion avait été abondante et il fallait l'exprimer tous les jours, faute de quoi les



canaux se distendaient et devenaient douloureux. Il avait deux frères et trois sœurs; les frères et l'une des sœurs avaient la même particularité; mais lui seul en était incommodé. Il ne pouvait donner aucun renseignement sur ses parents et grands parents.

De ses huit enfants, une fille âgée de 11 ans a un follicule sur le côté gauche, dont la longueur est de 3 millimètres; une autre fille, de 7 ans, en présente un de chaque côté, d'une longueur de 6 millimètres; un garçon de 8 ans en a aussi des deux côtés, de 6 millimètres de longueur.

On connaît l'existence, dans le voisinage des oreilles, des canaux, qui sont considérés comme des restes de l'état embryonnaire, mais ils diffèrent complètement de ceux dont il est question ici, lesquels, sans aucun doute, ne sont autre chose que de simples follicules sébacés. La sécrétion montre, sous le microscope, des granulations graisseuses libres ou encore renfermées dans des cellules et mélangées avec des débris épidermiques.

Chez l'éléphant, on trouve des cryptes semblables; elles ne débouchent pas aussi près de l'oreille, mais elles occupent une région correspondante. Chez deux éléphants d'Afrique, que j'ai disséqués, les cryptes étaient sous-cutanées et paraissaient être de la même nature que les follicules sébacés. Parmi les gardiens d'éléphants, il y en a qui croient généralement que ces cryptes sont en communication directe avec les yeux, aussi prennent-ils soin de tenir libres ces cavités et en expriment-ils les sécrétions dès qu'elles semblent s'accumuler. Cette idée, évidemment, n'est pas fondée, cette communication n'existe pas, car les canaux sont situés à une grande distance des yeux et ils sont très courts. (*Trans. Am. Otol. Soc.*, 1883.)

Depuis que cet article a été écrit, deux autres cas de follicules anormaux se sont présentés à Ear and throat clinic.

**Le traitement mécanique de la membrane du tympan et des osselets de l'ouïe**, par ADOLF HOMMEL, médecin consultant à Zurich (*Archiv für Ohrenh.* XXIII<sup>e</sup> vol., livr. 1). L'auteur commence par rappeler ce qui a été fait jusqu'ici

pour le traitement mécanique de la membrane du tympan et de ses annexes.

Knapp avait déjà appelé l'attention sur ce fait, qu'à l'aide d'une pression sur la courte apophyse du marteau, on peut obtenir une amélioration de l'ouïe. Ménière parle d'un vieux monsieur qui pouvait améliorer beaucoup son audition pendant quelques heures au moyen d'une légère pression exercée par une sonde à bouton. Enfin, dans ces derniers temps, Lucæ a obtenu des résultats favorables au moyen de sa sonde à ressort. Mais aucune de ces méthodes n'a reçu encore une application générale. Beaucoup de personnes ne supportent pas le traitement de Lucæ, qui a l'inconvénient de produire des hyperhémies et hémorragies de la membrane du tympan, et qui, en outre, demande pour être inoffensif une grande habileté dans le maniement de la sonde.

La compression et raréfaction de l'air dans le conduit auditif externe au moyen d'un embout et d'un ballon, proposée également par Lucæ, a été abandonnée par l'auteur lui-même.

Binz a recommandé une compression et raréfaction de l'air dans l'oreille moyenne à l'aide d'un ballon relié au catheter.

Urbantschitsch rejette complètement cette méthode et remarque qu'un traitement, même heureux au début, au moyen de la douche d'air, peut avoir ensuite des conséquences fâcheuses pour la fonction.

Hommel rappelle la théorie d'Helmholtz sur le jeu de l'articulation du marteau et de l'enclume. Il fait remarquer qu'une des conséquences de cette théorie est que les insufflations dans la caisse par la trompe d'Eustache, de même que les aspirations de l'air du conduit auditif externe, ont pour effet d'écarter le marteau de l'enclume, et par suite elles n'ont aucune influence sur l'articulation de l'enclume et de l'étrier et sur la fenêtre ovale. En outre, dans les cas si fréquents où il existe un catarrhe de la cavité naso-pharyngienne, les insufflations d'air peuvent entraîner des mucosités et transmettre le catarrhe à la trompe et à la caisse du tympan.

L'auteur a été conduit à une méthode plus rationnelle de traitement mécanique de la membrane du tympan et des osselets à la suite d'une maladie d'oreille qui menaçait d'interrompre son activité professionnelle. Atteint d'un catarrhe chronique bilatéral de la caisse, Hommel était devenu presque complètement sourd de l'oreille gauche ; du côté droit il y avait opacité de la membrane du tympan et perte progressive de l'ouïe. Les insufflations d'air par le procédé de Politzer avaient eu un résultat extrêmement défavorable. L'audition diminuait d'une manière notable et il survenait de violentes douleurs, qui ne disparaissaient que longtemps après avoir cessé l'emploi de la douche d'air.

C'est alors que l'auteur eut recours à ce qu'il appelle le *traguspresse*. On sait que l'application du tragus sur le méat permet de le fermer hermétiquement. Cette fermeture subite produit une onde de condensation qui atteint la membrane du tympan et la pousse en dedans. En abandonnant ensuite rapidement le tragus à lui-même, l'onde, réfléchie par la membrane du tympan, peut sortir du méat, et il en résulte une légère raréfaction momentanée qui favorise le retour de la membrane à sa position première. Chaque mouvement en dedans de la membrane et de ses annexes est suivi immédiatement d'un retour en dehors. En répétant ce procédé, on peut entretenir le jeu de la membrane du tympan aussi longtemps qu'on le veut.

A l'aide de cette méthode si simple, l'auteur, qui n'entendait plus la montre à gauche qu'à 10 millimètres, à droite qu'à 150 millimètres, a vu son audition augmenter rapidement et progressivement jusqu'à 40 millimètres à gauche et 610 millimètres à droite.

Encouragé par les résultats obtenus sur lui-même, Hommel a traité de la même façon un enfant de 13 ans et a été assez heureux pour obtenir un nouveau succès remarquable. Voici, sur ce second cas, les détails donnés par l'auteur :

Karl Kihm, âgé de 13 ans, affecté d'une maladie d'oreilles depuis environ six ans, d'après le dire des parents. A gauche il y a eu longtemps un écoulement purulent et le médecin de la

famille a constaté alors la présence d'une perforation. A droite ni douleurs, ni autres symptômes subjectifs. L'ouïe se perdait d'année en année et l'enfant en vint à ne plus pouvoir suivre les cours de l'école. Il vint chez l'auteur au mois de mars dernier.

L'exploration montra : à gauche, perforation dans le quadrant antéro-inférieur de la membrane du tympan. Conduit auditif externe très sensible, peau enflammée, mais pas d'exsudat pathologique. Conductibilité par les os bonne. (L'auteur avait également conservé bonne la perception par les os du crâne. Distance d'audition pour la montre, 5 centimètres.

A droite, forte opacité de toute la membrane du tympan. En dehors d'un léger bourdonnement, le petit malade n'éprouve ni douleur, ni malaise. Conductibilité par les os bonne. Distance d'audition pour la montre, 12 centimètres.

On fit des deux côtés le traitement par le *traguspresse* et de jour en jour, de semaine en semaine, l'audition augmenta régulièrement et d'une manière considérable, sans aucun retour en arrière. Le traitement dut être interrompu pendant quatre semaines à cause d'une otite aiguë, survenue dans l'intervalle à la suite d'un refroidissement. Après cette maladie intercurrente l'amélioration obtenue s'était maintenue. Le traitement par *traguspresse* fut repris et l'audition continua à augmenter régulièrement. Au dernier examen, 10 octobre 1885, la montre librement suspendue était entendue à gauche à 160 centimètres, à droite à 340 centimètres. Résultat certainement remarquable des deux côtés. La progression persistante des courbes qui représentent l'accroissement de l'audition (l'auteur a joint à son travail une représentation graphique des résultats du traitement) permet d'espérer que l'amélioration continuera et que le terme du traitement n'est pas encore atteint.

En même temps il y a eu diminution évidente de l'opacité de la membrane tympanique droite. L'auteur explique ce fait intéressant par l'action des alternatives rapides de compression et de raréfaction de l'air sur la circulation lymphatique de la membrane du tympan, action favorisant la résorption des produits pathologiques.

L'auteur, qui n'est pas spécialiste, n'a pas eu à sa disposition les éléments de recherches plus étendues. Certainement les médecins qui s'occupent spécialement des maladies d'oreilles seront frappés des résultats obtenus et ne man-

queront pas d'essayer la méthode de l'éminent praticien de Zurich.

En terminant, l'auteur recommande l'emploi du *tragus-presse*, au point de vue prophylactique, contre la dureté d'oreille progressive des vieillards. C'est un moyen de s'opposer à l'ankylose des osselets.

Enfin Hommel recommande de ne pas abuser du *tragus-presse*. Une répétition trop fréquente peut amener l'hyperhémie et l'irritation de la membrane du tympan. Voici les limites indiquées à l'auteur par l'expérience. Appliquer le procédé 4 à 6 fois par jour, 120 mouvements environ par minute pendant une à une minute et demie, ce qui fait par jour 600 à 1,000 mouvements de la membrane du tympan et des osselets.

Il sera curieux de voir si un procédé aussi simple et aussi inoffensif est réellement le remède inutilement cherché jusqu'ici contre ces surdités progressives qui font souvent le désespoir du médecin auriste. Le travail de Hommel ne saurait manquer de provoquer des essais qui nous renseigneront bientôt à ce sujet.

D<sup>r</sup> JOLY.

**De la formation de kystes dans le pavillon**, par ARTHUR HARTMANN, de Berlin (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, vol. XV, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> liv.).

A la suite de deux observations de kystes dans le pavillon, l'auteur a recherché dans la littérature otologique les cas semblables qui avaient été publiés. Le résultat de ces recherches est que tous ces cas ont été faussement décrits comme hématomes. Pourtant les symptômes sont notablement différents. Comme le diagnostic des deux sortes de tumeurs peut avoir de l'importance au point de vue du traitement à suivre, nous allons résumer l'étude intéressante de l'éminent spécialiste.

1<sup>er</sup> CAS. — E. Voss, 32 ans, ouvrier en traitement pour un catarrhe aigu des poumons et de l'estomac, avait jusque-là toujours été bien portant, état des forces bon, entre dans mon service le 5 juin dernier. Trois semaines auparavant il avait remarqué pour la première fois un gonflement du pavillon droit, qui en huit jours avait atteint peu à peu la grosseur actuelle.

Il ne ressentit jamais ni douleur, ni tension, ni sensation de douleur. A l'examen je trouvai toute la conque formant une saillie convexe; celle-ci était divisée par un sillon transversal en deux poches hémisphériques, qui en avant atteignaient presque le tragus. La peau recouvrant la tumeur n'était pas rouge, ni fortement tendue. Il y avait fluctuation d'une poche à l'autre, le contact et la pression n'était nullement douloureux. Une incision dans la poche inférieure donne lieu à l'écoulement d'une grande quantité d'un liquide clair, légèrement jaunâtre, un peu visqueux. La tumeur s'affaisse; avec la sonde on arrive au contact du cartilage mis à nu. Il y a communication libre entre les deux poches. On introduit un gros tube de plomb et la conque est remplie d'ouate salicylique. On ne fait pas d'autre pansement. Dès le surlendemain on peut mettre un tube de plomb moins gros et plus court, et celui-ci est enlevé le 10<sup>e</sup> jour après l'opération; la guérison avait eu lieu sans infiltration, ni déformation du pavillon. Pendant la guérison, l'exsudat toujours très clair était peu abondant, il suffisait de changer l'ouate une seule fois par jour.

2<sup>e</sup> Cas. — R..., négociant, 24 ans, entré dans mon service pour des polypes du nez, faible constitution. Le 17 juillet le patient remarqua une petite tumeur blanche, à peu près de la grosseur d'une fève, à la partie supérieure du pavillon gauche. Elle devint plus grosse de jour en jour et le patient se présenta à ma visite le 31 juillet, par conséquent 14 jours après la première apparition de la tumeur. Il n'y avait eu ni symptômes inflammatoires, ni douleur, seulement des attouchements un peu forts, par exemple pendant les ablutions, produisaient une sensation désagréable. L'exploitation montra toute la partie supérieure du pavillon, entre la conque proprement dite et l'hélix, remplie par une tumeur de la grosseur d'une noix; elle est fluctuante, non douloureuse au contact, sa surface n'est pas rouge. Une incision à la partie inférieure de la tumeur fait sortir environ une cuillère à potage d'un liquide clair, semblable à celui du cas précédent. Dans les deux cas le liquide ne présentait aucun mélange floconneux. Après l'évacuation du liquide la tumeur s'affaisse, la sonde pénètre sur le cartilage dépouillé de son revêtement. On place un tube de plomb de 8 millimètres d'épaisseur et de 1 centimètre 1/2 de long, lequel est maintenu par de l'ouate salicylique introduite dans la conque. Pas d'autre pansement. Le jour suivant légère tuméfaction et rougeur de tout le pavillon. La peau qui recouvre le kyste est plus tendue; si l'on appuie

dessus pour évacuer le contenu du kyste, elle revient à sa position antérieure quand la pression cesse, et de l'air est aspiré dans la cavité. Le jour suivant les symptômes inflammatoires avaient disparu et la guérison eut lieu sans autre accident. Le quatrième jour après l'incision, on mit un tube plus mince et plus court, que l'on put enlever quatre jours après. Il sortit encore pendant quelques jours une goutte de sérum par l'ouverture. Guérison sans difformité.

Comme le contenu, dans les deux cas, consistait en un liquide clair, non sanguinolent, sans mélange floconneux, Hartmann en conclut qu'il s'agit, non d'un épanchement de sang, d'un hématome, mais d'un kyste primitif.

Il passe ensuite en revue une série de cas qui ont été donnés comme othématomes et qu'il incline à rapprocher de ceux observés par lui. Il fait remarquer que c'est seulement dans les organes riches en vaisseaux lymphatiques, comme par exemple les poumons et les reins, qu'un léger épanchement de sang peut être résorbé en peu de temps. Dans d'autres organes la résorption a lieu de la manière suivante : le sérum est d'abord résorbé, puis les autres éléments du sang, en général seulement après coagulation. Les éléments solides se transforment en détritits albumineux, gras, qui sont ensuite résorbés. Cette résorption peut être favorisée par l'excrétion d'un liquide séreux, succédant à l'épanchement de sang après qu'il s'est formé une enveloppe de tissu connectif. Mais ces transformations exigent des semaines et des mois, et une partie du principe colorant du sang reste en général sous forme d'hématoidine.

Or, dans les cas relevés par l'auteur, la tumeur a grossi peu à peu jusqu'au moment où l'incision a été pratiquée; par conséquent l'épanchement de sang aurait dû persister encore peu de temps auparavant. Cependant on ne trouve qu'une sérosité claire. Ce n'est donc pas de sang qu'il s'agit.

L'auteur a réuni dans un tableau, que l'on trouvera dans le texte original, douze cas, y compris les deux reproduits plus haut, avec des indications concernant l'âge, le sexe, la constitution, la cause occasionnelle, le mode de développement de la tumeur, la durée avant l'incision, le contenu de la tumeur, le mode de traitement et sa durée.

Voici d'ailleurs les caractères différentiels, d'après Hartmann, du kyste et de l'hématome. Ils sont assez tranchés pour qu'on puisse en conclure à l'existence de deux processus pathologiques complètement différents.

	OTHÉMATOME.	KYSTE.
Époque de la production.	Dans un âge avancé.	Dans la force de l'âge.
Constitution.	Individus cachectiques et aliénés.	Personnes fortes et en bonne santé.
Étiologie.	Presque exclusivement à la suite de traumatisme.	On ne découvre pas de cause occasionnelle.
Mode de développement.	Production subite de la tumeur.	Croissance progressive.
Symptômes concomitants.	Inflammation douloureuse.	Ni inflammation, ni douleur.
Contenu de la tumeur.	Sang.	Sérum.
Mode de guérison.	Fréquemment avec difformité.	Sans difformité.

Quant à la différence entre le kyste et la périchondrite, elle consiste en ceci, que pour le kyste les symptômes inflammatoires manquent complètement, tandis que la périchondrite est accompagnée de violentes douleurs, de rougeur et de chaleur. Le contenu de la tumeur est souvent analogue, cependant en général l'exsudat dans la périchondrite est mélangé de corpuscules de pus, qui lui donnent une apparence trouble, purulente.

Le kyste atteint surtout des hommes, car parmi les cas examinés aucun ne concerne une femme. La plupart des individus atteints étaient dans la force de l'âge. Dans aucun cas on n'a observé des troubles psychiques ou des traumatismes. Dans un seul cas l'individu atteint était de faible constitution.

L'auteur termine en signalant les modifications du cartilage de l'oreille qui favorisent la production de l'hématome chez les vieillards, les dyscrasiques et les aliénés : **DR JOLY.**

**De la pression produite dans l'oreille moyenne par les insufflations d'air à travers la trompe, par A. BARTH,**



de Berlin (*Zeitschrift für Ohrenh.*, vol. XV, Livr. 2 et 3).

Un grand nombre d'appareils ont été construits pour pratiquer la douche d'air dans l'oreille moyenne, soit directement à l'aide du procédé de Politzer, soit par l'intermédiaire du cathéter. La pression obtenue dans ces appareils est connue ; elle est facile à mesurer au moyen d'un manomètre. Mais quelle est la pression effective exercée sur l'oreille moyenne ? C'est évidemment là le point intéressant à connaître, et cependant nous ne possédons jusqu'ici aucun élément permettant de répondre d'une façon précise à cette question.

Hartmann a bien fait la remarque que, pendant l'insufflation par le cathéter, une grande partie de l'air insufflé revient du bec de l'instrument vers le pharynx et que, par suite, la pression qui agit sur la trompe est variable, suivant que l'air peut s'échapper plus ou moins facilement entre le bec du cathéter et l'orifice de la trompe. Mais il n'indique pas dans quelle proportion la pression de l'air peut être ainsi modifiée.

De son côté Politzer, au Congrès otologique de Milan, disait qu'à son avis l'effet du courant d'air dans l'oreille moyenne n'était pas proportionnel à la pression manométrique de l'air insufflé.

Le Dr Barth, frappé de cette lacune dans nos connaissances relatives à la douche d'air, a entrepris une série d'expériences intéressantes ayant pour but de rechercher la pression exercée dans l'oreille moyenne.

L'auteur est parti de ce principe, que la pression exercée dans l'oreille moyenne, sous l'action d'un courant régulier, doit être la même, que la membrane du tympan soit intacte ou qu'elle soit perforée, pourvu que dans ce dernier cas le conduit auditif soit fermé hermétiquement par un manomètre. Il suffit donc, pour résoudre le problème posé, de soumettre à l'observation des sujets ayant la membrane du tympan perforée et de mesurer d'une part la pression manométrique produite dans l'appareil d'insufflation, d'autre part la pression obtenue dans l'oreille moyenne et indiquée par le manomètre auriculaire.

La question devient ainsi excessivement simple et certai-

nement les expériences du Dr Barth seront répétées et contrôlées, de manière à fixer l'un des points les plus importants de la thérapeutique de l'oreille.

L'auteur a été conduit à la publication de son travail par une proposition récente de Löwenberg. On sait que ce dernier a proposé une modification du procédé de Politzer, qui a pour but d'annihiler l'action de la douche d'air sur l'une des membranes du tympan. Pour cela il fait agir la pression de l'appareil d'insufflation sur la face externe de la membrane qu'il veut protéger.

L'idée est ingénieuse, mais elle suppose que la pression ainsi obtenue fait équilibre à la pression exercée sur la face interne. Or, les recherches de Barth montrent qu'il n'en est pas ainsi, et que la différence entre les deux pressions peut être considérable, de telle sorte que le danger, auquel devait obvier la modification de Löwenberg, pourrait dans certains cas être au contraire notablement augmenté.

Que la pression produite dans l'appareil d'insufflation n'agisse pas toute entière sur l'oreille moyenne, c'est ce que l'on admet généralement et ce qui résulte déjà de ce fait, que dans le procédé de Politzer une grande partie de l'air s'échappe vers le pharynx, la bouche et même l'estomac. Dans le cathétérisme on entend toujours, outre le bruit d'auscultation, le bruit plus ou moins prononcé de l'air qui s'échappe autour du cathéter dans l'espace naso-pharyngien. Or, la différence entre les deux pressions se laisse très bien mesurer par la méthode du Dr Barth.

Voici les résultats qu'il a obtenus :

La plus forte pression dans l'oreille moyenne est donnée par le procédé de Politzer avec l'acte de déglutition. L'auteur a ainsi obtenu dans l'oreille moyenne la moitié de la pression employée.

Le manomètre de l'appareil de compression donnait 40 centimètres de mercure, le manomètre du méat 20 centimètres. Mais cette forte pression est suivie aussitôt d'une chute de 10 centimètres. L'action de choc donnait en moyenne une pression de 14 à 16 centimètres, jamais au-dessous de 10 centimètres de Hg. Pendant la douche, les oscillations de

la colonne mercurielle sont considérables par suite de l'activité réflexe variable des muscles du pharynx.

A l'aide du procédé de Politzer, pratiqué en faisant prononcer la voyelle *a* d'une façon aussi soutenue et aussi uniforme que possible, on obtient une pression assez constante de 4 à 6 centimètres de Hg., correspondant à une pression de 38 à 48 centimètres dans l'appareil; cette dernière pression, après l'ouverture du robinet, tombe à 24-26 centimètres et *reste* ensuite constante pendant l'écoulement de l'air. (L'appareil de compression employé par l'auteur est celui de Müncke où la pression de l'air est produite par un courant d'eau. Cet appareil, très commode quand on a affaire à un grand nombre de malades, a été appliqué pour la première fois par Lucae à l'insufflation de l'air dans la caisse.)

Pour le cathétérisme, les résultats sont un peu différents. Avec une pression de 38 à 42 centimètres dans l'appareil, on trouve dans l'oreille moyenne une pression très constante de 5 à 6 centimètres. En pinçant et ouvrant alternativement le tube de caoutchouc qui conduit l'air, on obtient une action de choc de 10 à 12 centimètres. Pendant le cathétérisme, la pression dans l'appareil est de 25 à 30 centimètres, un peu plus élevée par conséquent que pendant la douche nasale par le procédé de Politzer. Cette différence est due sans doute à la résistance opposée par le cathéter à l'écoulement de l'air.

La perte de pression ne pouvant avoir lieu qu'à l'orifice de la trompe, l'état de cet orifice et la lumière du cathéter ont certainement de l'influence sur les résultats observés. Dans les expériences de l'auteur, le cathéter avait un diamètre de 2 millimètres.

Il résulte de tout cela que, pendant la douche d'air, dans les cas les plus favorables, la moitié de la pression employée agit dans la caisse, mais dans la plupart des cas la pression dans l'oreille moyenne ne va pas au delà du quart de la pression initiale. En appliquant le procédé de Löwenberg, on risquerait donc d'opposer une pression extérieure de 15 à 20 centimètres à une pression interne de 6 à 10 centimètres, ce qui pourrait ne pas être sans danger. En effet, d'après les observations de Hartmann, une pression extérieure de

10 centimètres provoque déjà des symptômes pénibles et de l'hyperhémie.

Comme nous le disions plus haut, nous pensons que les expériences de Barth méritent de fixer l'attention des otologistes. En variant les conditions de l'observation, en opérant avec des pressions diverses, avec des cathéters de diamètres différents, il sera possible, croyons-nous, de reconnaître l'influence de ces facteurs sur les variations de la pression effective et peut-être pourrait-on conclure, de l'abaissement de pression observé dans l'appareil après l'ouverture du robinet, la pression réelle exercée dans la caisse.

Une fois tous ces points fixés, il est facile d'imaginer un moyen pratique de réaliser dans de meilleures conditions la modification proposée par Löwenberg. Il suffira d'exercer sur la membrane du tympan une pression extérieure sensiblement égale à celle supportée par sa face interne.

L'auteur termine son travail par une observation qu'il a faite au cours de ses recherches. La douche d'air produisait généralement une amélioration de l'ouïe pour le langage, mais cette amélioration une fois obtenue n'était plus augmentée par l'application de la membrane tympanique artificielle, bien que celle-ci ait eu auparavant une action sensible. Barth en conclut que les deux actions sont de même nature et consistent en une pression exercée sur les fenêtres du vestibule.

En somme le mémoire du Dr Barth est intéressant et suggestif, c'est à ce double titre que nous avons jugé utile d'en donner une analyse un peu détaillée.

Dr A. JOLY.

**Contribution à l'étude des tumeurs malignes de l'oreille moyenne**, par A.-F. RASMUSSEN et E. SCHMIEGELOW, de Copenhague (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, vol. XV, liv. 2 et 3).

Les tumeurs malignes de l'oreille moyenne — comme d'ailleurs celles de l'oreille en général — sont relativement rares. Une statistique de Bürkner, portant sur 43,730 patients, ne donne qu'une proportion d'environ 0,32 0/00 de tumeurs malignes (carcinomes). En parcourant la littérature otologique, on ne trouve qu'un petit nombre d'observations isolées.

Les tumeurs malignes de l'oreille moyenne comprennent les carcinomes, les sarcomes et les cholestéatomes. Ces derniers n'ont qu'une importance très secondaire, relativement aux sarcomes et carcinomes, aussi les auteurs dont nous résumons le travail renvoient, pour ce qui concerne les premiers, à l'article CHOLESTÉATOME de l'ouvrage important publié récemment par Schwartze (*Die chirurg. Krankheiten des Ohres*, 1884, p. 220), ouvrage que nous avons signalé dans les *Annales* et où l'on trouvera une description complète de cette affection, si intéressante au point de vue anatomopathologique comme au point de vue clinique.

Quant aux carcinomes et aux sarcomes, les auteurs distinguent ceux qui se produisent d'une manière primitive dans l'oreille moyenne et ceux beaucoup plus fréquents qui ont leur point de départ dans l'un des organes voisins et qui atteignent l'oreille moyenne à un degré plus ou moins grave.

Les auteurs ont recherché dans la littérature spéciale les cas qui ont été publiés, et ils en donnent l'énumération, que l'on trouvera dans le mémoire original et qu'il est inutile de reproduire ici.

La partie originale du travail est la relation du cas suivant, observé à l'« Almindeligt Hospital » de Copenhague.

Céline Berg, 65 ans, entra à l'« Almindeligt Hospital » le 9 juillet 1883. Elle avait été dure d'oreille du côté droit depuis l'enfance et avait eu souvent un écoulement de l'oreille droite. À gauche otorrhée chronique et surdité grave. La malade se plaint de maux de tête et de bourdonnements d'oreille, surtout du côté droit; elle a parfois des nausées et des vomissements. Dans les deux oreilles, forte suppuration fétide. À l'examen otoscopique on voit au fond du méat droit de petites granulations.

Le 16 juillet fortes douleurs dans l'oreille droite et paralysie faciale du côté droit. Après avoir enlevé les granulations et pratiqué des irrigations antiseptiques dans l'oreille moyenne, les nausées et la céphalalgie disparurent. Le 2 janvier 1884 la patiente quitta l'hôpital.

Le 14 juillet 1884 elle se présente de nouveau. « Elle est maintenant complètement sourde. Huit jours auparavant elle a eu une forte hémorragie spontanée de l'oreille droite; deux à trois jours avant de se présenter elle commença à se sentir mal, à

avoir des nausées, vomissements et maux de tête. Elle se plaint de fortes douleurs dans l'oreille droite et le côté droit de la tête. En examinant l'oreille droite on constate dans le conduit auditif externe un gonflement considérable, le fermant presque complètement. Extérieurement il y a une forte tuméfaction des parties qui entourent le méat; la tuméfaction s'étend en avant sur l'apophyse zygomatique, en arrière sur l'apophyse mastoïde. On ne sent pas de fluctuation. Du méat coule une grande quantité d'exsudat purulent. »

Les mois suivants elle se plaignait constamment de violentes douleurs dans l'oreille droite et son pourtour. Vers le 19 septembre 1884 il s'était formé derrière l'oreille une intumescence ayant à peu près la longueur et la largeur de l'oreille externe. Les téguments à cette place étaient rouges, brûlants et très douloureux sous la pression. Le 21 septembre on fit l'incision de la tumeur, ce qui amena l'évacuation d'un liquide sanguino-purulent. Au bout de quelques semaines la plaie se ferma, il ne resta plus derrière l'oreille qu'une petite fistule, donnant passage à un fort écoulement. La tumeur, d'apparence inflammatoire, s'étendit peu à peu en avant le long de l'arcade zygomatique, en haut jusque vers la ligne semi-circulaire; en arrière elle resta stationnaire sur la région mastoïdienne. Là on pouvait avec la sonde pénétrer loin dans la fistule avant d'atteindre l'os carié. La paralysie faciale était très prononcée, la patiente plongée dans une grande hébétude.

Le 21 janvier 1885, on fit une incision devant l'oreille. Elle amena une forte hémorragie qui fut difficilement arrêtée par la ligature de plusieurs artères. A travers les fascies et le muscle temporal atrophié, on pénétrait dans une masse molle, semblable à un abcès, et on atteignait le tissu osseux carié. L'état débile de la patiente et l'hémorragie considérable, qui ne put être arrêtée que par compression, empêchèrent de tenter une opération radicale. La malade resta ensuite épuisée et somnolente. La température était un peu élevée (39°,3). Peu à peu survint le collapsus et enfin la mort, le 21 mars 1885.

*Autopsie.* — Le cadavre est très maigre. Dans le sinus longitudinal se trouve un coagulum en partie décoloré. Léger œdème des parties molles. Les vaisseaux de la base montrent de légères altérations endartériques. En enlevant le cerveau, on constate que le lobe temporal droit adhère à la dure-mère de la fosse moyenne droite. Ici, comme dans la portion antérieure de la fosse postérieure, la dure-mère est fortement dilatée par une

masse sanieuse molle. Cette masse a traversé la dure-mère et pénétré dans le lobe temporal droit, où se trouve une cavité, de la grandeur d'un œuf de pigeon, remplie de la même masse mi-fluide. Aucune trace de méningite sur le pourtour de la tumeur, cependant les membranes du cerveau adhéraient au lobe temporal dans le voisinage de la perforation. Dans le lobe temporal il n'y avait pas une séparation nette entre la tumeur et le tissu cérébral un peu anémique.

La tumeur intra-crânienne était en relation directe, par une grande perforation de la paroi crânienne, avec la masse d'infiltration du pourtour de l'oreille à l'extérieur du crâne. Celle-ci couvrait complètement la face externe du temporal et s'étendait sur la portion postérieure de l'arcade zygomatique complètement détruite. La cavité mandibulaire et la tête du maxillaire inférieur étaient également détruites.

L'oreille externe seule avec le revêtement cartilagineux du méat était conservée; le méat osseux et la partie pétreuse avaient disparu. Le processus pathologique s'était propagé jusque vers la gorge, dont la muqueuse était pourtant intacte.

Le revêtement cartilagineux de la trompe d'Eustache était intact au milieu de la masse sanieuse, la portion osseuse était détruite.

L'apophyse styloïde, les muscles du bouquet de Riolan et une grande partie du muscle sterno-cléido-mastoïdien avaient disparu, à leur place on trouvait la même place mi-fluide.

La carotide interne, bien qu'entourée en grande partie par la tumeur, put cependant être préparée sur toute son étendue; elle avait un aspect complètement normal.

Des autres résultats de l'autopsie, nous noterons seulement ce qui suit : plexus choroïde en dégénérescence cystique. L'oreille gauche présente les signes d'un catarrhe purulent de l'oreille moyenne. Pas de métastases dans les glandes lymphatiques du cou. Dans les reins, qui montrent une forte dégénérescence sénile, on trouve plusieurs anévrysmes des artères rénales.

Sous le microscope la masse athéromateuse située sur la face externe de l'écaille du temporal se montra composée de cellules endothéliales souvent réticulées, tantôt quadrangulaires, tantôt fusiformes, parfois ressemblant beaucoup aux cellules épithéliales. On trouva en outre de grandes masses de cholestérine en prismes agglomérés. La tumeur durcie se présenta sous la forme d'un sarcomé endothélial

traversé par un grand nombre de prismes de cholestérine et des sels calcaires. Un grand nombre de vaisseaux étaient atteints de dégénérescence psammomateuse; çà et là on voyait des fibres de tissu conjonctif.

Diagnostic microscopique : sarcome endothélial psammomateux avec prismes de cholestérine.

Si nous reproduisons ce cas avec détails, c'est qu'il s'agit d'une tumeur rare, de forme complexe, et qui doit justement sa malignité à la combinaison de deux sortes de tumeurs, qui, isolées, ne donnent jamais lieu à des destructions aussi considérables. Les auteurs, pour indiquer cette combinaison, proposent d'adopter le nom de *psammome cholestéatomateux*. On sait qu'un néoplasme de nature relativement bénigne, le myxome, quand il se combine avec le lipome, se montre d'une grande malignité et peut alors donner lieu à des métastases.

La tumeur paraît s'être développée dans l'une des cavités de la partie pétreuse du temporal, probablement dans la caisse, et s'être propagée de là, d'une part en dehors par le conduit auditif externe, d'autre part en dedans et en haut à travers la dure-mère dans le cerveau. La paralysie faciale survint deux ans avant la mort, ce qui indique une marche lente. L'absence complète de métastases est caractéristique.

Dr A. JOLY.

**Aphonia und Dyspnœa spastica** (*aphonie et dyspnée spasmodiques*), par S. MICHAEL, de Hambourg. (Tirage à part de la *Wiener Medizinische Presse*, 1885.)

Une femme de 32 ans vient le 6 juin 1882 consulter le Dr Michael. Sa maladie, datant de plusieurs années, avait commencé par des accès de dyspnée simulant des crises d'asthme : en même temps se produisaient des attaques d'hystérie avec perte de la voix. L'inspiration est actuellement sonore et stridente, l'expiration relativement aisée; la parole, qui se produit en registre de fausset, est saccadée, et, après quelques mots, est interrompue par une sorte de hoquet. A mesure que la malade fait des efforts pour parler, elle est prise de dyspnée : sa face se cyanose. Au laryngo-



scope, tandis que la malade émet quelques sons aigus, on voit les cordes vocales s'accoler fortement dans leurs deux tiers antérieurs. Quand on appuie sur le cricoïde, la voix prend un timbre plus grave. A l'état de repos, les cordes vocales se trouvent un peu en dedans de la position cadavérique : pendant l'inspiration, elles se rapprochent de plus en plus, puis, lors d'un effort profond, elles s'accolent et interrompent le courant d'air. Michael se décide à faire la trachéotomie ; mais, dès les premières bouffées de chloroforme, le bruit inspiratoire cesse et fait place à une respiration naturelle ; pendant la période d'excitation, la malade se met à parler à haute voix et parvient à prononcer plusieurs longues phrases sans être obligée de s'interrompre. On renonce à l'opération et on laisse la femme revenir à elle ; mais, dès le réveil, tous les symptômes morbides reparaissent ; de telle sorte qu'on l'endort une deuxième fois et on la trachéotomise. Trois ans après l'opération, la névrose laryngienne se trouve exactement au même point, et il n'y a point à songer à enlever la canule.

L'auteur de ce mémoire a déjà indiqué le moyen de distinguer l'aphonie paralytique de l'aphonie spasmodique : une pression sur l'angle du thyroïde, affaiblissant l'action des tenseurs, améliore la parole dans le cas de spasme et l'atténue encore dans le cas de paralysie ; une pression sur le cricoïde a l'effet inverse. D'ailleurs, le retour de la voix pendant la narcose indique qu'il s'agit d'une aphonie spasmodique. Un seul cas semblable, celui de Nack, est connu dans la science, où la voix soit entièrement revenue durant le sommeil léthargique.

L'explication des troubles respiratoires est moins simple. Michael croyait avoir affaire à une paralysie des dilatateurs, ne pouvant admettre à cette époque l'existence d'un spasme laryngé continu ; maintenant la possibilité de cette contraction permanente a été mise hors de doute par l'expérience de Krause (*KRAUSE, Experimentelle untersuchungen und Studien ueber kontraktionen der Stimmbandmuskeln, Virch. Archiv., Bd 98*). Du reste, dans le cas actuel, la chloroformisation montre bien que les troubles sont dus à un spasme

glottique, puisqu'elle le fait cesser; car il est impossible d'admettre qu'elle puisse en rien modifier une paralysie des dilatateurs. Reste à savoir, et l'avenir nous l'apprendra, si, dans un cas permanent de spasme des constricteurs, les muscles dilatateurs subissent à la fin une dégénérescence et si à la contracture vient s'adjoindre une paralysie.

Ce cas donne donc une éclatante confirmation à la doctrine de Krause, qui admet que presque tous les cas étiquetés, *paralysie des dilatateurs*, ne sont que des cas de *spasme permanent des constricteurs*.

M. Gouguenheim avait, du reste, fait antérieurement une hypothèse que les recherches de Krause sont venues pleinement confirmer. Dans un travail intitulé : *Étude anatomique et pathologique sur les ganglions péritrachéaux-laryngiens* (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, avril 1884), il dit : « Le « spasme, quelquefois prolongé ou permanent, semble sur-  
« tout produit par la compression du nerf à sa partie supé-  
« rieure. Ces cas de spasme sont aussi décrits sous le nom  
« de paralysie des dilatateurs, mais la possibilité d'écarter  
« les lèvres de la glotte et même la cessation de bruits la-  
« ryngiens sous l'influence des anesthésiques semblent devoir  
« écarter l'hypothèse paralytique. » Ainsi donc, dit Michael, quand entre ces deux syndromes tout autre signe distinctif manquera, on pourra en toute sûreté s'en tenir au chloroforme.

Comment appeler cette affection? Comme le mot de *spasme glottique* pouvait prêter à confusion, et que d'ailleurs le nom de *paralysie des dilatateurs* doit être réservé aux cas de paralysie vraie, Michael propose, par analogie avec le mot d'aphonie spasmodique, de désigner cette affection du nom de *dyspnée spasmodique*, d'autant qu'une même influence étiologique préside aux contractures soit des tenseurs soit des constricteurs de la glotte.

M. L.

---

## CORRESPONDANCE.

Paris, le 8 juillet 1886.

Mon cher Rédacteur en chef,

Un grand nombre de nos confrères ont reçu ces jours derniers une lettre signée *D<sup>r</sup> Huchard* recommandant une spécialité pharmaceutique contre la tuberculose, la bronchite chronique et l'asthme. J'ai à peine besoin de déclarer que je suis absolument étranger à la rédaction de cette lettre. Pour éviter toute confusion avec d'autres médecins qui portent mon nom, je signe tout ce que j'écris *Henri Huchard*.

Agréez, etc.

HENRI HUCHARD,

Médecin de l'hôpital Bichat.

## NOUVELLES.

## ASSOCIATION LARYNGOLOGIQUE AMÉRICAINE

Voici les nombreuses questions qui y ont été traitées.

1. Deux cas de tumeurs adénoïdes de la voûte du pharynx avec aspect inusité, par Harrison Allen, de Philadelphie.
2. Des muscles intrinsèques du larynx, par Joseph Leidy, de Philadelphie.
3. Positions des cordes vocales paralysées, par Franklin H. Hooper, de Boston (*publié dans le précédent numéro.*)
4. Vertige laryngien, par Frédéric J. Knight, de Boston.
5. Histoire du cas de paralysie des muscles crico-thyroïdiens postérieurs, présenté à la première session de l'association, en 1879; relation de l'autopsie et présentation des pièces, par J. Solis-Cohen, de Philadelphie.
6. Cas d'absence congénitale de l'épiglotte, étudié au point de vue de la fonction de l'épiglotte dans la déglutition, par Frank Donaldson, de Baltimore.
7. Tuberculose buccale, par D. Bryson Delavan, de New-York.
8. Observations sur l'emploi des remèdes les plus nouveaux dans les maladies des segments supérieurs des voies aériennes, par E. L. Sharly, de Détroit.
9. Du traitement le plus simple et le plus efficace de la diphthérie, par W. H. Daly, de Pittsburg.
10. De l'hémorragie, après l'avulotomie, par E. Carrell Morgan, de Washington.
11. Trois cas de thyrotomie, guérison dans chaque cas sans trouble vocal. Hémorragie grave consécutive à l'excision des amygdales arrêtée par la torsion de l'artère, par Clinton Wagner, de New-York.
12. Image photographique laryngienne prise pendant la production des tons dans le chant, démonstrations de ces images, par Thomas R. French, de Brooklyn.

13. Notes cliniques sur les ventricules du larynx, avec cas, par George W. Major, de Montréal.

14. Nouveau procédé pour l'extraction des tumeurs laryngiennes sous-glottiques, avec cas, par Wm. C. Jarvis, de New-York.

15. Cas d'œdème laryngien, par T. Amory Deblois, de Boston.

16. Cas de périchondrite laryngienne, avec pièces, par Charles H. Knight, de New-York.

17. Cas de tumeur gommeuse du larynx, avec désobstruction du larynx, après la thyrotomie, par Edgar Holden de Newark.

18. Infiltration gommeuse de la base de la langue, par U. G. Hitchcock, de New-York.

19. Un cas d'éternuement hystérique, guéri par l'application, dans les fosses nasales, de courants continus, par Solis Cohen, de Philadelphie.

20. Contribution à la pathologie et au traitement des névroses vaso-motrices, par John N. Mackenzie, de Baltimore.

21. Inflammation de l'antre, par Beverley Robinson, de New-York.

22. Cas de tumeur naso-pharyngienne, par Samuel Johnston, de Baltimore.

23. Quels sont les cas de catarrhe nasal qui nécessitent le traitement chirurgical, par Clarence C. Rice, de New-York.

Nous lisons dans la *Revue mensuelle de laryngologie et d'otologie*, que le Dr Urban Pritchard a été nommé professeur d'otologie au King's College. C'est la première chaire d'otologie instituée en Angleterre.

#### OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES.

Tumeurs du larynx, par SCHWARTZ (Thèse d'agrégation, 1886. — J.-B. Baillière, rue Hautefeuille).

Manuel pratique des maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne, par E.-J. MOURE (Librairie Doin, 8 place de l'Odéon, Paris).

Papillome du cinquième anneau de la trachée, par le Dr C. LABUS, de Milan (Extr. du *Monatschrift f. Ohren*, d'avril 1886).

Étude sur la fonction du labyrinthe (*der Cochlea*), par E.-M. STEPANOW, de Moscou (Extr. du *Monatschrift* d'avril 1886).

Surdité disparaissant et reparaissant en même temps qu'apparaît et disparaît une hémorragie de l'oreille, par E. STEPANOW (Extr. du *Monatschrift*, novembre 1885).

Cas de clinique rhinologique du Dr F. CARDONE (Extr. des *Archiv. internaz. di otijatria*, anno I, fasc. IV, 1885).

Appareils nouveaux et modifiés pour les maladies du nez, de l'oreille et de la gorge, par V. COZZOLINO (Extr. de *Rivista clinica e terapeutica*, anno VIII, n° 3).

Compte rendu des opérations du dispensaire de laryngologie du professeur MASSEI, par F. CARDONE (Naples, typogr. *L'Unione di Gaudio Micillo*, 1886).

Revue critique de rhinologie et de laryngologie, par MASSEI (Extr. du *Bolletino delle Malattie dell' Occhio*, etc., anno IV, n° 2).

De la fièvre des foins et de son traitement, par OSCAR BESCHORNER (Dresde, chez Blochmann und Sohn).

Déviation de la cloison du nez, dans sa région osseuse et cartilagineuse, et de son traitement, par V. COZZOLINO (Extr. du *Morgagni*, 1886).

Du catarrhe automnal et de la fièvre des foins, par HACK, de Fribourg (Extr. du *Deutsch. medic. Wochenschrift*, n° 9, 1886).

Néoplasmes laryngiens, par F. MASSEI, avec 25 planches (Naples, typ. del Vaglio, 1885).

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 41, rue J.-J.-Rousseau (Cl.) 68.7 85.

